POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPOŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Listopad — ROCZNIK CZWARTY — 1902.

I. PRACE ORYGINALNE.

Przyczynek do roli pneumokoka w patologii klinicznej spojówki oka ludzkiego.

Podał

DR FELIKS RYMOWICZ,

Docent okulistyki Uniwersytetu kazańskiego.

Pneumokok *(diplococcus Fraenkel-Weichselbaum, steptococcus lanceolatus Gamaleia),* odgrywający, jak wiemy, niemałą rolę w etyologii spraw zapalnych wielu narządów człowieka, zajmuje również nieostatnie miejsce w klinicznej patologii ludzkiego oka. Pomijając względnie rzadkie wypadki wywoływanych przezeń zapaleń gałki przerzutowych, zapaleń powięzi Tenon'a, worka łzowego etc., zasługuje pneumokok na szczególne uwzględnienie jako czynnik chorobotwórczy przy zapaleniach rogówki i spojówki ludzkiego oka. W stosunku do tej ostatniej, własności chorobotwórcze pneumokoka początkowo zostały określone pracami Parinaud'a [1], Morax'a [2] i Gasparrini'ego [3], a w szeregu prac dalszych autorów spostrzeżenia te zostały potwierdzone, jak również znacznie

rozszerzone ramki klinicznych postaci zapaleń spojówki, wywołanych pneumokokiem.

Parinaud, Morax, Gasparrini pierwotnie opisali pneumokok jako czynnik chorobotwórczy nieżytowych zapaleń spojówki noworodków i dzieci, pierwszych lat życia; klinicznie opisane przez nich wypadki znamionowały się przebiegiem względnie łagodnym, umiarkowaną wydzieliną, nieznacznem napięciem objawów zapalnych; cierpienie, w większości opisanych przez nich wypadków, pozostawało jednostronnem. Prace dalszych autorów znacznie uzupełniły i rozszerzyły obraz kliniczny zapaleń spojówki, wywoływanych pneumokokiem. Axenfeld [4], Cuénod [5], Gifford [6], Pichler [7], Coppez [8], Veasey [9], Hauenschild [10], Gonin [11] i inni dowiedli, że pneumokok względnie często bywa przyczyną zapaleń spojówki tak dzieci, jak i dorosłych i nieraz obustronnych.

Gifford *(l. c.)* zaraził własne dziecko, a także dwie inne osoby wydzieliną z pneumokokowego zapalenia spojówki i, wywoławszy w ten sposób swoiste zapalenie spojówki, doświadczalnie dowiódł chorobotwórczości pneumokoka dla ludzkiej spojówki; jemu także udało się wywołać ostre zapalenie spojówki u człowieka, przez zakażenie hodowlą pneumokoka.

Chociaż prace przytoczonych autorów dowiodły, że spojówka dorosłych ulega także zakażeniu pneumokokiem, jednakże większość autorów zaznacza, że małe dzieci są znacznie wrażliwsze na zakażenie spojówki pneumokokiem. Nawet w etyologii ropotoku noworodków pneumokok odgrywa znaczną rolę; tak podług Ammon'a [12], ze 100 zbadanych przezeń wypadków ropotoku noworodków, tylko 56 było wywołanych gonokokiem; w większości reszty wypadków był znaleziony pneumokok; podobne spostrzeżenia znajdujemy także u Groenouv'a [13].

Co do klinicznego obrazu zapalenia spojówki, wywoływanego pneumokokiem, to przeważnie przez autorów bywa opisywaną nieżytowa postać zapalenia. Jednakże i pneumokok, podobnie jak i wszystkie inne chorobotwórcze dla ludzkiej spojówki drobnoustroje, zależnie od jadowitości drobnoustroju, od stanu samej spojówki, od sprawności dróg łzowych, a także

niezawodnie od całego szeregu innych przyczyn, może wywoływać najrozmaitsze kliniczne postacie zapalenia spojówki. Tak występuje czasem pneumokokowe zapalenie spojówki w postaci błonicy spojówki (Pichler), zapalenia rzekomo-błoniczego (Coppez, Axenfeld), a także ropotoku nietylko u noworodków, ale i u dorosłych. Pod tym ostatnim względem szczególnie jest pouczającym, jako przykład znaczenia bakteryologicznego badania wydzieliny nawet przy, zdawałoby się, niewątpliwych wypadkach zapaleń spojówki, wypadek Axenfeld'a. Spostrzegał mianowicie Axenfeld obustronne ropne zapalenie spojówki u chorego, który jednocześnie miał swoisty ropotok cewki moczowej; drobnowidowe badanie wydzieliny spojówkowej wykazało pneumokok, a nie gonokok, jak trzeba było przypuszczać. Coppez *(l. c.)* rozróżnia 4 postacie pneumokokowego zapalenia spojówki: nieżytową, rzekomo-błoniczą, pryszczykową i mieszkową; ostatnie 2 postacie przyjmuje Coppez na zasadzie wadliwie przezeń zrozumianych spostrzeżeń Axenfeld'a.

W wyniku własnych spostrzeżeń nad etyologią zapaleń spojówki w Kazaniu (odnośne spostrzeżenia prowadzę piąty rok), przekonałem się o znaczeniu pneumokoka w etyologii stanów zapalnych spojówki i widocznie tu, na Wschodzie, pneumokok w klinicznej patologii spojówki, jak i również dróg oddechowych, odgrywa znacznie większą rolę, niż w innych krajach. W ciągu ostatnich 4 lat spostrzeżenia moje wykazały, że 18%[1]) wszystkich bakteryologicznie zbadanych wypadków zapalenia spojówki było wywołanych pneumokokiem (ostre nieżytowe w 38%, zwykłe w 14%[2])). Liczby odnośne w rozmaitych latach przedstawiają się bardzo rozmaicie. Tak w zeszłym (1901/2) roku akademickim, pomimo, że miesiące zimowe tego roku obfitowały tu w zapalenie płuc, pneumokokowe zapalenie spojówki, szczególnie w postaci ostrej, spostrzegałem względnie rzadko:

---

[1]) 85 na 472 bakteryologicznie zbadanych wypadków.

[2]) W Lozannie n. p., podług Gonin'a, pneumokokowe zapalenie spojówki stanowi 3% wszystkich wypadków: 11 na 365.

tak tylko 18% wypadków ostrego zapalenia spojówki było w tym roku wywołanych pneumokokiem, podczas, gdy, n. p., r. 1899 znalazłem go w 36% odnośnych wypadków. Co do pory roku, to tu pneumokokowe zapalenie spojówki najczęściej daje się spostrzegać w późnej jesieni: we wrześniu, październiku i listopadzie.

Jednoczesne występywanie zapalenia płuc i pneumokokowego zapalenia spojówki spostrzegałem raz jeden. W tym wypadku, u chorego w wieku 64 lat, choroba rozpoczęła się obustronnem pneumokokowem zapaleniem spojówki i nieżytem błony śluzowej nosa tegoż pochodzenia; na czwarty dzień choroby wystąpiło zapalenie średniego i dolnego płata prawego płuca; chory wyzdrowiał.

Bardzo często, a u małych dzieci prawie stale, pneumokokowemu zapaleniu spojówki towarzyszy zapalenie błony śluzowej nosa tegoż pochodzenia, jak przekonały mnie liczne odnośne badania.

Wiek, podług moich spostrzeżeń, przy tej postaci zapalenia spojówki nie ma tak dużego znaczenia, jak to upatrują niektórzy autorzy. Wpływ wieku odbija się prędzej na klinicznej postaci cierpienia, które u dzieci ma przebieg zwykle znacznie ostrzejszy, niż u dorosłych.

Co do obrazu klinicznego pneumokokowego zapalenia spojówki, to nie znajdujemy tu żadnych cech szczególnie znamiennych i tu, jak przy wszystkich innych zapaleniach spojówki, rozpoznanie etyologiczne nie może być zrobione na podstawie li tylko znamion morfologicznych. Wogóle zapalenie spojówki, wywołane pneumokokiem, miewa przebieg mniej burzliwy, niż takież, wywołane prątkiem Koch-Weeks'a. Wypadków pneumokokowego zapalenia spojówki, któreby u dorosłych miało przebieg swoistego ropotoku, nie spostrzegałem ani razu; podczas, gdy prątek Koch-Weeks'a, w Kazaniu, nieraz wywołuje podobne postacie. W zwykłych, nieżytowych zapaleniach spojówki, wywołanych pneumokokiem, można tylko zaznaczyć, że przedmiotowe objawy podrażnienia, szczególnie światłowstręt, bywają wyrażone silniej, niż w klinicznie jednakowych wypad-

kach dyplobacyłowego zapalenia spojówki. Jedynie, dość znamienną cechę pneumokokowego zapalenia stanowi częste powikłanie ze strony błony śluzowej nosa.

W niektórych wypadkach pneumokokowego zapalenia spojówki dają się spostrzegać powikłania ze strony głębokich części oka, w postaci zapaleń tęczówki i ciała rzęskowego, powstające, prawdopodobnie, w ten sposób, że jadowite, rozpuszczalne przetwory pneumokoka drogą dyffuzyi przedostają się do komórki przedniej i tam bezpośrednio oddziaływają na tęczówkę. Z odnośnych wypadków zasługuje na zaznaczenie wypadek, jaki spostrzegałem przed rokiem. U chorego z obustronnem pneumokokowem zapaleniem spojówki, trzeciego dnia choroby, w jednem oku rozwinęło się wypocinowe zapalenie tęczówki, o bardzo ciężkim przebiegu. Jednocześnie znikły w tem oku objawy zapalenia spojówki i wydzielina, przedtem bardzo obfita; w drugiem, prawem, oku zapalenie spojówki przebiegało dalej prawidłowo, bez powikłania. W tym wypadku powikłanie ze strony tęczówki, zmieniwszy zupełnie warunki obiegu krwi w oku, jakby przerwało pierwotną sprawę chorobową. Podobne zjawiska dają się spostrzegać i w innych narządach; wskażę, n. p., wpływ na przebieg ropotoku cewki moczowej powikłania ze strony jądra.

Ciekawym, zarówno pod względem teoretycznym, jak i praktycznym, jako wskazówka na możliwą bakteryoterapię jaglicy, był spostrzegany przeze mnie wypadek dobroczynnego wpływu na przebieg jaglicy wtórnego zakażenia pneumokokiem.

Żołnierz, 23letni, spostrzegany był przeze mnie z powodu obustronnego ostrego zapalenia spojówki, wywołanego pneumokokiem; spojówka, oprócz załamków i chrząstek, zawierała także ziarna jaglicowe w znacznej ilości. Począwszy od drugiego dnia spostrzegania ziarna zaczęły przejawiać bardzo ciekawe zmiany wsteczne: spojówka, otaczająca ziarno, wyróżniała się znacznie silniejszymi objawami przekrwienia zapalnego i obrzmienia tak, że ziarno wydawało się jakby otoczone wałem, jednocześnie samo ulegało rozpadowi i w ciągu 2—3 dni znikało zupełnie, na jego zaś miejscu pozostawało zagłę-

bienie, wyglądu krateru. W ciągu niespełna 2 tygodni znikły w ten sposób prawie wszystkie ziarna.

Opisanych zmian ziarna jaglicowego nie możemy rozpatrywać jako skutku ucisku przez obrzmiałą błonę śluzową, ponieważ n. p. przy wtórnem zakażeniu jaglicy prątkiem Koch-Weeks'a objawy zapalne ze strony błony śluzowej bywają wyrażone znacznie silniej, a pomimo to w ziarnach jaglicy nie spostrzegamy, w tych wypadkach, podobnych zmian wstecznych. Najbardziej prawdopodobnem wydaje się przypuszczenie, że zmiany te powstają wskutek działania na tkankę ziarna jaglicy rozpuszczalnych, jadowitych przetworów pneumokoka.

Dobroczynny wpływ wtórnego zakażenia pneumokokiem na przebieg jaglicy spostrzegał także Gasparrini, a Ferri[14] pierwszy radził skorzystać z tych własności pneumokoka w celach leczenia jaglicy.

Literatura.

1. Annales d'oculistique. 1894. T. 112.
2. L'étiologie des conjonctivites aigues. Paris. 1894.
3. Z referatu w Annales d'oculistique. 1895. T. 114.
4. Berliner klinische Wochenschrift. 1896. i Heidelberger Congress. 1896.
5. Société française d'ophthalmologie. 1895.
6. Archiv f. Augenheilkunde. 1897.
7. Beitrage zur Augenheilkunde. 1896.
8. Des conjonctivites pseudomembranenses. Bruxelles. 1897.
9. Archives of ophthalmology. T. XXVIII.
10. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. 1899.
11. Revue médicale de la Suisse romaine. 1899.
12. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. 1899.
13. v. Graefe's Archiv. T. LII. 1901.
14. Annali di Ottalmologia. T. XXV.

Przypadek samoistnego kilaka tęczówki.

Podał
DR K. RUMSZEWICZ
z Kijowa.

Tęczówka należy do części ustroju, bardzo czułych na działanie jadu przymiotowego. Według Peppmüller'a[1]) przeciętnie 3% syfilityków cierpi na zapalenie tęczówki. Arlt[2]) stosunek zapalenia tęczówki do przymiotu określa w ten sposób, że częste powstawanie zapalenia tęczówki współcześnie z innymi objawami przymiotu czyni prawdopodobnem, iż zapalenie owo stanowi objaw cierpienia ogólnego, równie ważny, jak inne objawy wtórorzędne. Co się tyczy właśnie okresu przymiotu, w którym następuje zapalenie tęczówki, już od 20 lat i oftalmologowie i syfilolodzy zgodnie twierdzą, że należy ono stanowczo do objawów wtórorzędnych, może nawet rozpoczynać szereg tych objawów. Tak wypada z gruntownej pracy Widder'a[3]), czyli, że zapalenie tęczówki przypada ledwo nie wyłącznie w okresie grudkowym, w okresie zaś kilakowym daje się spostrzegać bardzo rzadko, i nie należy nadto zapominać, że początkowo zapalenie tęczówki powstać mogło jako objaw wtórorzędny, pozostawiając tylne przyczepiny, kilak znów później znacznie powstać mógł. Schubert, Badal i Fournier zaliczają również stanowczo zapalenie tęczówki do objawów wtórorzędnych przymiotu. Schröder w 75% przypadków zapalenia przymiotowego tęczówki spotykał jednocześnie wysypki grudkowe.

Za przykładem Beer'a[4], który pierwszy zwrócił uwagę na okoliczność, że przy zapaleniu tęczówki u syfilityków dają się spostrzegać czerwonobrunatne wydatne węzełki, którym na-

---

[1]) Lubarsch u. Ostertag. Ergebnisse der allg. Pathologie und pathol. Anatomie. VI. R. 1899.

[2]) Krankheiten des Auges. 1863.

[3]) Ueber Iritis syphilitica mit Rücksicht auf ihr Verhalten zur allgemeinen luetischen Diathese. Arch. f. Ophthalm. XXVII., 2.

[4]) Lehre v. d. Augenkrankheiten. Wien. 1813.

dał miano grudek *(condylome)*, zaczęło przyznawać w nich utwory właściwe przymiotowi. v. Graefe[1]) nazwał je *nodi*. Gdy następnie Virchow[2]) znalazł w nich budowę kilaka w początkowym okresie, utarła się nazwa zapalenia tęczówki kilakowego *(Iritis gummosa)*. O ile w istocie utwory węzełkowate stanowić mogą o przymiocie, najlepiej dowodzą tego dane, zebrane przez Widder'a[3]), a z których wypada, że z 414 przypadków zapalenia tęczówki przy przymiocie, postać węzełkowatą spostrzeżono tylko w 17·8%. Wilbrand i Staelin[4]) znaleźli t. zw. *Iritis gummosa* tylko w 2·1%, Gessner[5]) znów w 15%, Benoit[6]) z pomiędzy 10.000 chorych tylko u 14 znalazł zapalenie tęczówki z guzami. Odpowiednio zaś do okresu przymiotu Widder przyznał w utworach węzełkowatych bynajmniej nie kilaki, lecz wprost grudki, czyli, że t. zw. *iritis gummosa* słuszniej nazwać *iritis papulosa*. Sam przebieg cierpienia, zdaniem Widder'a, stwierdza słuszność tego zdania. Owe rzekome kilaki powstają rychło, równie też rychło ulegają wchłonieniu, nie pozostawiając w tęczówce żadnych zgoła zmian. Dalej, posiadając bardzo obfity materyał, Widder w żadnym przypadku nie zapisał nagromadzenia ropy w komorze przedniej. Zwraca on nadto uwagę na okoliczność, że sam wygląd przy grudce i kilaku jest odmienny — pierwsza jest barwy różowobrunatnej, obficie unaczyniona, kilak barwy szarożółtej, mało unaczyniony. Benoit jednak słuszną robi uwagę, że, gdy kilak jest przykryty warstwą przekrwionej tkanki tęczówkowej, łatwo wyglądać może jak grudka. Fuchs[7]) dodaje nadto, że grudki nigdy nie ulegają rozpadowi, ani zro-

---

[1]) Deutsche Klinik. 1858. Nr. 20.

[2]) Krankh. Geschwülste. 1863.

[3]) L. c.

[4]) Ueber die Augenerkrankungen i der Frühperiode d. Syphilis. 1876.

[5]) Die syphil. Erkrankungen des Auges. — Münch. med. Wochenschrift. 1877.

[6]) Description anatomique d'une gomme de l'iris. — Arch. d'ophthalm. 1878., str. 189.

[7]) L. c. str. 345.

pieniu, które to zmiany są właściwe kilakom. Alexander[1]) w 27°/₀ przypadków przymiotowych zapaleń tęczówki znalazł t. zw. *iritis gummosa,* dodaje wszakże, że pod tem mianem rozumie różne sprawy zapalne przymiotowe w tęczówce. Co do różnicy między grudkowem a kilakowem zapaleniem tęczówki zgadza się z Widder'em. Zwraca nadto uwagę na okoliczność. że, gdy grudki są mniejsze i mnogie, kilaki bywają pojedyncze i znacznie większe, prawie wyłącznie u brzegu rzęskowego, skąd posuwają się na ciało rzęskowe. W późniejszych okresach przymiotu Alexander spostrzegał 8 przypadków kilaka w tęczówce.

Dodam, że liczne przypadki kilaka ciała rzęskowego poddał gruntownej krytyce Ostwalt[2]). Do zebranych poprzednio przez Busse'go[3]) 24 przypadków, dodał on jeszcze 4. Wszakże z tych 28 przypadków przyznać prawdziwe kilaki mógł tylko w 4, dodając własne swe spostrzeżenie. W 15 przypadkach, odpowiednio do okresu przymiotu, przyznaje tylko grudki. — Coppez[4]) dla rozpoznania kilaka ciała rzęskowego wymaga koniecznie obecności jednoczesnej innych objawów trzeciorzędnych przymiotu. Ostatnio De Lieto Vollaro[5]) wypowiedział zdanie, że, jakkolwiek w ciele rzęskowem odróżniać należy kilaki od grudek, to jednak mogą być postacie przymiotu o tyle złośliwe, że nawet w tem samem oku powstawać mogą jednocześnie objawy wtóro- i trzeciorzędne.

Stanowiąc tylko pewien odsetek przymiotowych zapaleń tęczówki, postacie węzełkowate, z punktu klinicznego, bynajmniej nie są dla przymiotu typowe, zasługują też na powtórzenie słowa Stellwag'a[6]), wypowiedziane przed wielu laty: »es giebt kein locales Symptom und keine Combination von

---

[1]) Syphilis und Auge. Wiesbaden. 1888., str. 60.
[2]) Revue gén. d'ophthalmologie. 1896. 3.
[3]) Beiträge zur Augenheilkunde. 1893. II., str. 16.
[4]) Arch. d'ophthalmologie. 1878.
[5]) An. di oftalmologia. XXVIII., fasc. 5. 1901.
[6]) Lehrb. d. praktischen Augenheilkunde. Wien. 1870.

localen Krankheitserscheinungen, welche eine gegebene Iritis zur syphilitischen stempeln liesse«.

Lecz Virchow jeszcze postawił pytanie: czy też w okresie trzeciorzędnym miewa miejsce zapalenie tęczówki? Widder[1]) przyznaje, że bywa, chociaż bardzo rzadko. Wecker[2]) przyznaje je i dodaje, że może ono stanowić początek objawów trzeciorzędnych. Przyznaje je również Fuchs[3]), dodając zarazem, że jest bardzo rzadkiem.

Przejdźmy teraz do poszczególnych opisów przypadków samoistnych kilaków tęczówki, zbadanych anatomicznie. Nie będę przytaczał tu przypadku Billroth'a i Virchow'a[4]), w którym inni przyznali bez ogródki cierpienie gruźlicze. — W przypadku Graefe'go i Colberg'a[5]) u 24letniego mężczyzny, w $2^1/_2$ miesiąca po zakażeniu, w tęczówce powstał guz, który dochodził do rogówki; wycięto go też wraz z otaczającą tęczówką. Stanowiły go drobne komórki, posiadał naczynia stałe i nowopowstałe, wszędzie widoczne były rozrzucone ziarenka barwika. Drugi przypadek, do poprzedniego zbliżony, opisał Benoit[6]). W 6 tygodni po zakażeniu powstało zapalenie tęczówki w prawem oku — liczne przyczepiny i wysięk w źrenicy. Po 5 miesiącach powstało zapalenie tęczówki w lewem oku, przytem guz w dolnej części brzegu źrenicznego. W 10 dni później guz dochodził do samej rogówki, barwy był szarawożółtej. Jeszcze po 5 dniach owrzodzenie, w guzie powstałe, otworzyło się do komory przedniej. Po 6 dniach hypopyon znikło, lecz w 4 dni później, z powodu silnych bólów, przy zupełnej ślepocie, wyłuszczono gałkę. Przy badaniu drobnowidowem znaleziono w grubej przyczepinie wrzód opróżniony. W środku komórki okrągłe, niektóre typowe, ropne, dalej epiteloidalne (4—8 razy większe), o 2—3 jądrach, niektóre z ziarenkami barwika,

---

[1]) L. c.
[2]) Traité complet d'ophthalmologie. 1886. T. II., str. 288.
[3]) Lehrb. d. Augenheilkunde. VII. wyd., str. 345.
[4]) Arch. f. Ophthalm. VII.
[5]) Arch. f. Ophthalm. VIII., 1.
[6]) L. c.

również komórki olbrzymie. W przedniej części utworu znajdowały się naczynia nowopowstałe. Tłuszczowego zwyrodnienia w komórkach guza nie spostrzegł; otaczająca go tkanka w postaci grubej warstwy przechodziła na przednią powierzchnię tęczówki, na torebkę soczewki. Pochodzenie swe, zdaniem Benoit'a, zawdzięczała ona rozrostowi śródbłonka przedniej powierzchni tęczówki. W naczyniach znalazł zgrubienie ścian i zupełne prawie zniknięcie światła. Utrzymuje, że guz powstał początkowo w okolicy kaletek *(cryptae)* tęczówki i dopiero później, wskutek podwinięcia brzegu źrenicznego zdawało się, że powstał on w okolicy tego właśnie brzegu.

W literaturze znajdujemy jeszcze kilka badań anatomicznych utworów bez wątpienia kilakowych w tęczówce, mianowicie Hippl'a i Neumann'a[1]), Ścherl'a[2]) (przypadek bardzo ciekawy z tego względu, że utwór kilakowy znajdował się tu nawet w soczewce), Brit'a[3]), Hanke'go[4]) i De Schweinitz'a[5]), lecz w przypadkach tych tęczówka uczestniczyła w sprawie tylko wtórnie, gdyż początek brała ona w ciele rzęskowem. Alexander[6]) utrzymywał, że kilaki ciała rzęskowego stanowią zwykle tylko objaw częściowy cierpienia kilakowego innych części oka. W literaturze[7]) znalazł on tylko 3 przypadki samoistnego kilaka ciała rzęskowego, do których dodał jeszcze dwa własne. Ostwalt[8]) znów z pomiędzy 28 przypadków poprzednio opisanych kilaków ciała rzęskowego przyznaje cierpienie to tylko w 3 przypadkach, do których dołącza własne swe spostrzeżenie, nie stwierdzone zresztą anatomicznie.

Sam spostrzegałem następujący przypadek. A. N., 48letni, zasięgał mej rady 19 stycznia 1890 r. z powodu dalekowidze-

---

[1]) Arch. f. Ophth. XIII, 1. 1867.
[2]) Arch. f. Augenheilk. XXV, 2. 1892.
[3]) Arch. f. Ophthalm. XLVIII. 1899.
[4]) Arch. f. Ophth. XLVIII, 2. 1899.
[5]) Ophth. Review. 1900., str. 89.
[6]) L. c. str. 71.
[7]) Neue Erfahr. ueber luetische Augenerkrankungen. Wiesbaden. 1895.
[8]) L. c.

nia. Wzrok w lewem oku był znacznie osłabiony ($^1/_{10}$). Badanie wykryło przyczepiny tylne i złogi na torebce. Podrażnienia w oku żadnego. Przed rokiem przeszło chory cierpiał na »zapalenie« w tem oku, przed $1^1/_2$ rokiem nastąpiło zakażenie przymiotem. We dwa lata później chory znowu cierpiał na to oko. Przy badaniu, dokonanem 12 czerwca 1895 r., znalazłem w tem oku $v = {}^1/_{20}$, przyczepiny o tyle liczne, że tylko ku górze źrenica oddziaływała nieco na atropinę. Na irydektomię chory nie przystał. Do 5 lutego 1901 r. chory przebył jeszcze trzy napady zapalenia tęczówki. W tym dniu znalazłem: spojówka gałki bardzo przekrwiona i zgrubiała, tęczówka wraz ze źrenicą zlana ledwo nie w jednę masę, rogówka bardzo znacznie zaćmiona. o tyle, o ile stan tęczówki jest widoczny tylko przy oświetleniu bocznem. W miejscu odpowiadającem źrenicy znajdował się niewyraźnie, lecz bardzo ku przodowi wydatny, zarysowany utwór jajowaty, mający w krótszej poziomej średnicy przeszło 1·5 mm., w dłuższej pionowej 3 mm., z odcieniem wyraźnie żółtawym. Gałka bardzo twarda, od miesiąca silne bóle dokoła oka. Poczucie światła utracone od dwóch tygodni. W okolicach kości goleniowych i łokciowych i lewej dolnej okolicy kości czołowej bolesne wydatności pochodzące od okostnej. Chory zwiedził wszystkie zakłady, poddawał się najrozmaitszym sposobom leczenia. Po odbytej naradzie z kolegami, zaleciliśmy odwar Zittmann'a. Nie mogąc poddać się leczeniu na miejscu, chory odjechał do domu, powrócił jednak po dwóch tygodniach z powodu okropnych bólów. Spostrzegłem wtedy nieznaczne zbiorowisko ropy na dnie komory przedniej. Nazajutrz (20 lutego 1901 r.) wyłuszczyłem gałkę.

Rozciąłem ją w kierunku pionowym (ku wewnątrz od brzegu rogówki) i zatopiłem następnie w celloidynie. Na cięciach, w kierunku dłuższego południka pionowego dokonanych, długość osi ocznej wynosiła 22·5 mm. W miejscu odpowiadającem źrenicy znajdował się utwór jajowaty, w kierunku poziomym 3 mm. długi, w pionowym 1·5 mm. Spojówka gałki była bardzo zgrubiałą i przekrwioną. W przestworach naczyniowych znajdowały się liczne komórki okrągłe. Przybłonek

rogówki zachowany zupełnie dobrze, również błona Bowman'a. W okolicy rąbka do rogówki wchodziły liczne naczynia, zarówno w warstwach powierzchownych, jakoteż, nadto. o wiele liczniejsze nawet, w głębokich. Pomiędzy blaszkami rogówki znajdowały się liczne komórki okrągłe, które tworzyły niekiedy dość znacznej wielkości gniazda. Błona Descemet'a wszędzie zupełnie dobrze była zachowaną; śródbłonka brakowało w niewielu miejscach. Przewód Schlemm'a zupełnie niewidoczny. Przedni i tylny pierścienie sprężyste Schwalbe'go zawierały bardzo znaczną ilość komórek, zarówno płaskich, jakoteż okrągłych. W naczyniach, które kierowały się z okolicy przewodu Schlemm'a ku błonie podspojówkowej, przestwory otaczające je również zawierały komórki okrągłe. W wyrostkach rzęskowych zmiany polegały najpierw w zmniejszonej ilości barwika w warstwie siatkówkowej, dalej w obrębie mięśnia rzęskowego, znajdowały się zmiany w niektórych naczyniach, właściwie dokoła naczyń. mianowicie w pochewce zewnętrznej spostrzegłem liczne komórki okrągłe. Zmian w śródbłonku nie znalazłem, zarówno tu, jakoteż w błonie podspojówkowej. Podstawa tęczówki była zrośnięta z rogówką, przewód Fontany nie istniał wcale. W pasie rzęskowym tęczówki znajdowało się bardzo mało komórek podścieliska, natomiast luźna tkanka łączna i dość liczne komórki epiteloidalne. W kierunku ku pasowi źrenicznemu warstwa śródbłonka była w wielu miejscach rozerwaną, komórki jego często bardzo spęczniałe. Dalej ku wewnątrz powierzchnię tęczówki często stanowił już nie śródbłonek, lecz warstwa luźnej. lub siatkowatej tkanki łącznej, zawierającej komórki rzadko płaskie, przeważnie wrzecionowate i bardzo liczne nowopowstałe naczynia, niekiedy dość obfite nawet wynaczynienia. W tkance tej dawały się napotykać komórki ropne. Dolny brzeg źrenicy był podwinięty ku wewnątrz, warstwa przybłonka barwikowego była bardzo zgrubiałą, z torebką wszakże zrastała się nie bezpośrednio, lecz zapomocą tkanki, o której mowa później. Brzeg górny źrenicy tak samo był podwinięty i w ten sam sposób zrośnięty z przednią torebką, lecz ten słabo był przechowany. W okolicy

źrenicy, której właściwie wcale tu już nie było. tęczówka bardzo była zgrubiałą i mogliśmy w tkance jej odróżniać dwie części: mniejszą dolną i znacznie większą górną. W dolnej części, obok podwiniętego brzegu źrenicznego, w pobliżu samej torebki znajdowały się resztki zwieracza źrenicy, liczne o szerokiem świetle, a bardzo cienkich ścianach naczynia krwionośne komórki wrzecionowate o bardzo małej ilości barwika lub wcale go nie zawierające. komórki płaskie, wreszcie okrągłe komórki barwikowe, jakoteż odosobnione zbiorowiska barwika. Cienka warstwa, utworzona przez włóknistą luźną tkankę łączną, w której znajdowały się naczynia włosowate i niezabarwione komórki wrzecionowate, ciągnęła się pod warstwą przybłonka barwikowego, wzdłuż przedniej torebki, dalej jeszcze ku obwodowi, przeważnie w dół, nie dochodziła wszakże w żadnym razie do brzegu wyrostków rzęskowych. Dalej ku przodowi w tkance tęczówki znajdowały się nieliczne komórki podścieliska, które zawierały bardzo mało barwika, tkanka łączna i naczynia krwionośne. Naczynia te miały bardzo grube ściany, które często bardzo ulegały zwyrodnieniu szklistemu. Komórki śródbłonkowe naczyń ulegały niekiedy rozrostowi w tak znacznym stopniu, że światło zupełnie było niewidocznem. Dokoła naczyń znów znajdowały się ułożone współśrodkowo dość znacznej wielkości komórki, często w postaci pierścieni. Na cięciach powstawały w ten sposób jakby węzełki, często dość blizko obok siebie położone, przerwy zaś pomiędzy nimi wypełniały bądź tkanka podścieliska siateczki Lerange'a, bądź komórki epiteloidalne, bądź znów pasemka bardzo luźnej tkanki łącznej. Często też węzełki otaczały dokoła i dzieliły je od siebie obfite i zupełnie świeże wynaczynienia.

Powiedziałem już wyżej, że właściwa tkanka tęczówki zajmowała mniejszą znacznie dolną część okolicy źrenicy. Górną połowę zajmował opisany utwór jajowaty. Już samą swą barwą wyraźnie się on odróżniał od części otaczających. Przy barwieniu mianowicie środek jego nie barwił się zgoła żadnymi barwikami, pas obwodowy bardzo słabo, niepodobna też było dopatrzeć się w środku jego jakiejkolwiekbądź budowy. Od to-

rebki soczewki dzieliła go warstwa ziarenek barwikowych; w obwodowych częściach były widoczne drobne komórki, przy barwieniu zaś tyoniną widzieć można było pasemka komórek, które od powierzchni kierowały się nieco głębiej do istoty guza. Dokoła widoczną była jakby torebka z warstwy komórek wrzecionowatych współśrodkowo ułożonych. Nieco głębiej istota międzykomórkowa w warstwie tej przedstawiała się jakby szklistą ku dołowi, bezpośrednio obok tej torebki znajdowały się grube pęczki włókien gładkich mięśniowych, oczywiście resztki zwieracza źrenicy, z górnej jej części pochodzące. W samym guzie, w częściach jego obwodowych, łatwo dostrzedz można było okrągłe, lub niekiedy w postaci wydłużonych równolegle z powierzchnią utworów, w których nietrudno poznać można było zwyrodniałe i zupełnie światła pozbawione naczynia krwionośne. Komórki w środku utworu pozbawione były wszelkiej budowy; nie podobna było dostrzedz w nich ani jąder, ani zarodni, co najwyżej przedstawiały się niekiedy jakby kulki bardzo drobne, ziarenkowate. Mieliśmy więc zupełne zwyrodnienie serowate. Pochewka otaczająca z brzegów była dość wyraźną, często na dość znacznej przestrzeni pokrywały ją nawet komórki śródbłonka przedniej powierzchni tęczówki, zawsze bardzo spęczniałe, dokoła znajdowała się wszędzie prawie siatka naczyń krwionośnych, obok nich zaś często wynaczynienia. Lecz w środku przedniej powierzchni, na najbardziej wydatnej części guza, torebka znikała zupełnie, na powierzchni znajdowaliśmy tylko rozpad, który przechodził następnie do komory przedniej. Znajdowaliśmy tu raczej zbiorowisko drobnych ziarenek; pozatem w komorze przedniej znajdowaliśmy spęczniałe komórki śródbłonka, komórki ropne i dość obficie czerwone krwinki. Rzeczą godną jest uwagi, że, odpowiednio miejscu, w którem rozpad nastąpił, w głębokich warstwach rogówki dawało się spostrzegać najbardziej obfite nacieczenie drobnokomórkowe.

W naczyniówce, ani też w siatkówce żadnych zgoła zmian nie znalazłem, chyba, że w okolicy, bardzo zresztą rozwiniętej, ostrogi siatkówki znalazłem początki zwyrodnienia torbielowego.

Znalazłem nadto rozrost komórek w pochewkach tylnych krótkich tętnic rzęskowych, również w przegródkach błony sitowatej, w tarczy zaś nerwu wzrokowego i w przyległych częściach siatkówki znalazłem rozrost komórek w warstwie włókien nerwowych. Baas[1]) również znajdował w przymiocie przekrwienie, a nawet zapalenie w okolicy tarczy w tych przypadkach, w których w siatkówce zmian zresztą żadnych nie było, którą to okoliczność tłómaczy zmianami w naczyniach rzęskowych.

Tak więc w naszym przypadku zapalenie tęczówki powstało jako objaw wtórny w 6 miesięcy po zakażeniu przymiotem. Powtarzało się ono później jeszcze pięć razy w ciągu lat 12stu. Wreszcie w 12stym roku, jednocześnie z innymi objawami trzeciorzędnymi, czyli w okresie ściśle kilakowym, powstał również kilak w tęczówce, w której poprzednio już nastąpiło zupełne zarośnięcie źrenicy z podwinięciem jej brzegów. Kilak powstał w okolicy brzegu źrenicznego, stosunek zaś jego do zwieracza zdaje się przemawiać za tem, że początkowo powstał on w warstwie naczyniowej tęczówki.

Znalezione zmiany anatomiczne stanowiły najpierw zmiany zanikowe po przebytych kilku zapaleniach tęczówki, właściwe zapaleniom przymiotowym. Inne zmiany, mniej w tym przypadku wybitne, powstanie swe zawdzięczały świeżemu napadowi zapalenia tęczówki, kilak powstał dopiero w ostatniej chwili, wyłuszczenie zaś gałki znalazło go w okresie rozmiękczenia.

Ściśle rzeczy biorąc, mamy więc z opisanymi poprzednio trzy przypadki pierwotnego kilaka tęczówki, zbadane anatomicznie. W moim przypadku guz powstał w okresie trzeciorzędnym przymiotu i prawdziwego kilaka nie podobna w nim nie przyznać. Przypadki Graefe'go i Colberg'a i Benoit'a powstały w okresie wtórorzędnym. W ostatnim przypadku Coppez na przykład nie przyznaje kilaka, a to z powodu, że, jak się wyraża, przymiot znajdował się tu »en pleine période secondaire«.

---

[1]) Bericht ueber die 26. Versammlung d. ophthalm. Gesellschaft 1897.). —

W istocie *a priori* zdawaćby się mogło, że kilaki wogóle powinnibyśmy napotykać w odpowiednim okresie przymiotu. Lecz już oddawna przytaczano fakty, które stanowczo zaprzeczały nieomylności szematu chronologicznego objawów przymiotu, podanego przez Ricord'a. Wypowiedział to wyraźnie już Virchow[1]) i dodał, że niesłusznie nawet cierpienia skóry i błon śluzowych zaliczono do wczesnych; cierpienia zaś narządów wewnętrznych do późnych objawów przymiotu. Nie miejsce tu wdawać się w szczegóły, przypomnę chyba dwa spostrzeżenia: Lang opisał cierpienia opon mózgowych już w pierwszych miesiącach po zakażeniu, Tarnowski zaś spostrzegał grudki nawet w 15tym roku po zakażeniu. Jeśli więc podział objawów przymiotu na znane trzy okresy bynajmniej nie do wszystkich przypadków da się zastosować, jeśli objawy trzeciorzędne mogą nastąpić już w początkowym okresie, nic nie ma dziwnego, jeśli okoliczność ta sprawdzaćby się miała na kilakach tęczówki w ścisłem znaczeniu wyrazu. Tak więc ze stanowiska klinicznego trudno bywa często uporządkować objawy według pewnych okresów. Jeśli udamy się następnie o pomoc do anatomii patologicznej, to i ta zawieść nas musi. W istocie zaledwie przekonano się, że w okresach początkowych przeważają wytwory zapalne, w późniejszych nowotwórczo-zwyrodniałe, gdy już sam Virchow wręcz wypowiedział zdanie, że o ściślejszem rozgraniczeniu obu postaci wytworów mowy być nie może. O kilaku wyraża się, że ogólna budowa jego jest wysoce odrębną z tego względu mianowicie, że nie chodzi tu o postać komórek i układ ich, lecz raczej o szczególne usposobienie do rozpadu przedwczesnego. Już w XVII i w XVIII wiekach Lancisi i Morgagni opisali w przymiocie zmiany w naczyniach. Następnie prace Sternberg'a, Edmanson'a i Heubner'a udowodniły, że zapalenie dokoła- i wewnątrznaczyniowe *(peri- i endarteriitis)*, według słusznego wyrażenia Peppmüller'a, jak nić czerwona przechodzą przez wszystkie postacie zmian w ustroju przez przymiot wywołane.

---

[1]) Berl. klin. Wochenschrift. 1884., str. 534.

Sprawa nekrotyczna, która tak wybitnie znamionuje utwory kilakowe, następuje właśnie w obrębie pozbawionych światła naczyń krwionośnych. Są to kilaki pierwotne, które, jeśli zajmują bardziej znaczne terytorya, stanowią już kilaki gołem okiem dostrzegalne. Według ostatnich badań, zmiany w naczyniach odbywają się głównie w błonie dodatkowej i w naczyniach naczyń *(vasa vasorum).*

Co się tyczy anatomii przymiotu tęczówki, na pierwszem miejscu przytoczyć wypada podstawowe prace Michel'a i Fuchs'a. Pierwszy z nich udowodnił[1]), że przymiotowe zapalenie tęczówki za podstawę ma cierpienie naczyń. W postaciach wtórorzędnych jest to wewnątrznaczyniowe zapalenie drobnych tętnic. Światło naczyń bywa częściowo lub zupełnie zakryte, wskutek rozrostu błony wewnętrznej. Dodatkowa pochewka z tkanki łącznej jest zgrubiałą, spęczniałą, dokoła niej odbywa się rozrost komórek epiteloidalnych, które ułożone są bezpośrednio jedna obok drugiej i spółśrodkowo, a wskutek tego całość ma wygląd drobnowidowego węzełka[2]). Powstawanie węzełków[3]) jest sprawą wtórną, powstałą wskutek rozrostu pierwocin epiteloidalnych. Ponieważ zaś pierwociny te znajdują się wszędzie w tkance tęczówki, przeto w następstwie powstaje ogólne zapalenie w tkance tęczówki. W każdym razie przeważa postać węzełkowata, węzełki te zaś spostrzeżono przy badaniu drobnowidowem, gdyż dla badania klinicznego były one niedostępne.

Fuchs[4]) znalazł w tęczówce nacieczenie drobnokomórkowe, przeważnie w przedniej warstwie granicznej tęczówki. Komórki te towarzyszyły również naczyniom, w których często nadto spostrzegał rozrost śródbłonka. Często nadto znajdował zbiorowiska komórek w postaci węzełków w podstawie tęczówki, zajmujących całą prawie jej grubość aż do przedniej powierzchni, a w tym razie opłukiwała je nawet ciecz wodna.

---

[1]) Arch. f. Ophthalm. XXVII.
[2]) Str. 228.
[3]) Kilaka?
[4]) Arch. f. Ophthalm. XXX. 3.

W naczyniach w pobliżu węzełków często spostrzegał sprawę zapalną, światło zaś ich było zwężone, nawet zupełnie zanikłe. Węzełki stanowiły komórki epiteloidalne, w środku znajdował również komórki olbrzymie, lecz nigdy ani rozmiękczenia, ani też zwyrodnienia serowatego. Tak więc dokładne badania anatomiczne w istocie przyznają zapaleniu tęczówki przymiotową postać węzełkowatą, chociaż węzełki te, najpierw, klinicznie nie mogą być spostrzegane, powtóre, z kilakami stanowczo nic wspólnego nie mają.

Wobec faktów, które wyżej przytoczyliśmy, okoliczność, że w przypadkach Graefe'go i Colberg'a i Benoit'a mieliśmy wtórorzędny okres przymiotu, bynajmniej nie przeszkadza nam przyznać w opisanych przez nich guzach tęczówki prawdziwych utworów kilakowych, utworów, według utartej klasyfikacyi, już trzeciorzędnych. W pobliskiem ciele rzęskowem De Lieto Vollaro[1]) zbadał anatomicznie cztery przypadki kilaków, powstałych w $2^1/_2$, w 8 i w 12 miesięcy po zakażeniu. Zresztą fakta przedewszystkiem są już faktami i przed teoryą składać broni nie mają racyi. Ostwalt[2]) słuszną robi uwagę, że tęczówka mało się nadaje do rozwoju pierwotnych kilaków. W istocie jest ona częścią ciała, nietylko nieposiadającą tętnic końcowych, lecz nadto naczynia jej posiadają bardzo liczne i szerokie zespolenia. Lecz już sama okoliczność powstawania samoistnego kilaka w tęczówce, wobec wymagań ustalonych dla rozwoju jego przez ostatnie badania patologiczne, dostatecznie udowadnia, jak dalece mogą być posunięte zmiany w naczyniach w sprawie przymiotowej, zmiany, które stanowią podstawę zarówno zapalnych, jakoteż nowotwórczych objawów przymiotowych w ustroju.

---

[1]) L. c.
[2]) L. c.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Centralblatt für praktische Augenheilkunde. 1902. Z. 9.

Do kazuistyki oftalmii przerzutowej. (Zur Casuistik der metastatischen Ophthalmie). Dr Purtschner z Celowca.

Autor opisuje szczegółowo dwa przypadki oftalmii przerzutowej. Pierwszy potator i delirant dostał typowego zapalenia płuc po prawej stronie. W 9 dniu choroby prawe oko okazuje lekko obrzmiałą spojówkę gałki; w 10 dniu ogólne obrzmienie spojówki, jakoteż prawej powieki górnej, górna część rogówki przykryta obrzmiałą spojówką, źrenica wypełniona wysiękiem. Gałka sterczała na przód na 1 cm. Następnego dnia ogólny stan oka się pogorszył, w komórce przedniej żółta ropa, tętno 45.

Trzy próbne ukłucia nożem w różnych miejscach załamka, w celu wypuszczenia ropy z oczodołu, w przypuszczeniu, iż ma się do czynienia z ropnym zakrzepem lub przerzutowym ropniem w oczodole, dały tylko mętny płyn, lecz nie ropę.

Zastosowano atropinę, *ung. cinereum,* chininę, ciepłe okłady i t. p. Stan nieco się pogorszył, a drugie próbne nakłucie przez górną powiekę było bez widocznego wyniku. Dopiero punkcya gałki samej od dołu wewnątrz ku środkowi ciała szklistego wykazała gęstą, zielonawą ropę; ta, badana drobnowidem, wykazała mnóstwo *diplococcus lanceolatus,* a nawet masy *zoogloea.*

Ciepłe okłady; poczem nastąpiło znaczne polepszenie, lecz tętno dopiero po tygodniu było prawidłowem. W następnych dniach wystąpiła ropa powtórnie z tego samego miejsca, jakoteż z załamka, to jest miejsca pierwotnego próbnego ukłucia.

Dopiero po 4 tygodniach wypuszczono chorego z pod opieki lekarskiej. Lekkie obrzmienie spojówki i powieki, rogówka lekko zmętniała komora przednia lejkowato ku tyłowi wgłębiona, tęczówka zabarwiona silnie, pokryta nowemi naczyniami, stwardnienie jej tkanki. Tylne przyczepiny. T. — 3 amauroza.

Przypadek ten ma z przypadkiem Axenfeld'a to wspólne znamię, że oftalmia stosunkowo późno wystąpiła, to jest w 10 dniu choroby ogólnej, w 5 dniu po kryzys. W przeciwieństwie do tych — z późnem wystąpieniem oftalmii — przytacza Axenfeld takie przypadki, gdzie oftalmia wcześnie występuje, są tak zwane przypadki *kryptogenetyczne.*

Przytoczony wyżej przypadek zajmującym jest najpierw dla wczesnego spostrzegania go, następnie dla powikłania ropnej oftal-

mii z ropniem oczodołu i dla wykazania *diplococcus lanceolatus* w ropie ciała szklistego, co, według Axenfeld'a, jest wyjątkowem.

Przypadek obustronnej *panophthalmitis* u dorosłego mężczyzny po pneumonii opisuje Millikin.

Przypadek autora ma wielkie podobieństwo z przypadkiem Hildebrand'a *(pleuropneumonia)*, a mianowicie, że i tutaj oftalmia występuje mniej więcej w 14 dniu choroby płucnej i że po 8—14 dniach przyłączyła się chemoza spojówki i powiek, zapalenie tęczówki (ropne), hypopyon i wysięk w źrenicy, ale już po dwóch dniach polepszenie, pozostałe przyczepiny tylne, płytka komora, zaćma, T. — 1 i amauroza.

Fraenkel i Peters spostrzegali po pneumonii 5—6 białawych plamek w okolicy plamki żółtej, polepszenie zupełne dopiero po roku.

Opisany przez autora przypadek zaliczyć należy do bardzo ciężkich, a autor mniema, iż przebieg i wynik byłby jeszcze gorszym, gdyby nie wypuszczono ropy z ciała szklistego.

Roztrząsać i rozróżnić, czy *exophthalmus* spowodowany był tutaj przez ropny zator, czy przez przerzut, czy przez emboliczną *tenonitis*, autor nie może.

Drugi przypadek oftalmii przerzutowej (prawdopodobnie *pneumococcus)* tyczy się 6letniej dziewczynki. Przed 10 dniami zachorowała na grypę, a w drugim dniu wystąpiło zapalenie tęczówki. Dokładne zbadanie wykazało zmętniałą rogówkę, oko miękkie bez poczucia światła; rozpoznano oftalmię przerzutową.

Po dwóch tygodniach oko znacznie zmniejszone, krew w komorze, gałka znacznie miększa, bolesna i bez poczucia na światło.

Przypadek ten oftalmii przerzutowej, aczkolwiek równie natury ropnej, różnił się od pierwszego tem, iż zanik gałki bardzo wcześnie wystąpił bez wywołania *tenonitis* lub *panophthalmitis.*

Loeser opisuje przypadek przerzutowej *irydocyclitis* w połączeniu ze silnym ropniem oczodołowym, na podstawie ropnia wątroby, i widzi przyczynę oftalmii i ropnia oczodołowego jedynie w przedostaniu się mas embolicznych z *arteria ophthalmica* do rozgałęzień jej, idących częścią do gałki, częścią do oczodołu.

W ten sposób można także oba wyżej opisane przypadki pojąć.

Dr L. Gruder.

Ciekawy rodzaj powierzchownego, punkcikowatego zapalenia rogówki. (Ueber eine eigenthümliche Art von Keratitis punctata superficialis). Dr Toshima Kuwabara z Bungo w Japonii.

Autor opisuje cztery przypadki t. zw. *keratitis punctata superficialis;* we wszystkich przypadkach wystąpiło upośledzenie wzroku po przebiegu objawów zapalnych ze strony spojówki; przedmiotowo

można było spostrzegać kropkowate męty w powierzchownych warstwach rogówki *bez* ubytku przybłonka.

Stan tej choroby ma wiele podobieństwa z t. zw. *keratitis punctata superficialis*, ale mętów tych na rogówce nie można widzieć gołem okiem lub przy oświetleniu ogniskowem, lecz dopiero przez lupę, gdy tymczasem przy *keratitis punctata superficialis* można je widzieć z łatwością gołem okiem. Jeden z opisanych czterech przypadków zgadzał się w zupełności z *keratitis punctata superficialis* Fuchs'a.

Przy końcu autor zwraca uwagę, że męty rogówki dla swej nadzwyczajnej delikatności mogą być wzięte za fizyologiczny odblask rogówkowy, a upośledzenie wzroku za udawane. Zwierciadło płaskie w takich razach wyjaśni stan rogówki, jakoteż umiejscowienie mętów.

Dr L. Gruder.

Tylne osady na rogówce i ich kliniczne znaczenie. (Hintere Hornhautbeschläge und ihre klinische Bedeutung). Dr Harry Friedenwald z Baltimore.

Autor badał przyczynę osadów na tylnej ścianie rogówki, a na 52 badanych przypadków (nie wliczając w to przypadków z *iritis* i *keratitis interstitialis)* znalazł, że $^2/_5$ przypadków osadów spowodowanych było przez zapalenie naczyniówki, dające się stwierdzić zapomocą wziernika; przytem podnosi autor, że wziernikiem nie da się cała naczyniówka zbadać (nawet z atropiną), i że ogniska zapalne w przedniej części naczyniówki nie dadzą się odróżnić od właściwej *cyclitis.*

Osady na rogówce uważa autor za wynik t. zw. *chorioiditis exsudativa.*

Dr L. Gruder.

O kilku rzadkich urazach ocznych. (Ueber einige seltene Verletzungen der Augen). Dr Kretschmer z Lignicy.

Pierwszy przypadek dotyczy 16letniego chłopca, uderzonego twardą ziemią w prawe oko. Źrenica szeroka 8 mm., nie oddziaływa na światło. Od góry i wewnątrz pęknięcie tęczówki, sięgające od źrenicznego aż prawie do rzęskowego brzegu; w ciele szklistem liczne męty, po których wessaniu znaleziono dwa pęknięcia naczyniówki na dole zewnątrz, podczas, gdy pęknięcie tęczówki leżało na górze wewnątrz, a więc dyametralnie. Bystrość wzroku po miesiącu znacznie się podniosła, mimo silnego urazu i pęknięcia naczyniówki, które w tym wypadku ominęło plamkę żółtą.

Drugi przypadek dotyczy robotnika, który zranił się w rogówkę prawego oka paznokciem. Przy badaniu znaleziono już tylko linijną bliznę, sięgającą od zewnętrznego brzegu aż do środka rogówki, z resztkami barwika tęczówki. Przednia komora wypełniona

krwią, bystrość wzroku = 0. Po wessaniu krwi pokazało się, że tęczówki, z wyjątkiem małej, zwiniętej jej resztki, wcale nie było. Krawędź soczewki i brzegi ciała rzęskowego były dokładnie widoczne. Autor przyjmuje, iż tęczówka wskutek silnego urazu została od swej nasady oderwana, a następnie wyrzucona przez ranę w rogówce.

Chory nosił później po tej stronie metalową szybę z okrągłym otworem, szerokim 5 mm., a w tym otworze soczewkę + 1·0 D. sphaer.

Trzeci przypadek dotyczy parobka, uderzonego żelazkiem od uprzęży końskiej w lewe oko. Po 8 dniu rana na górnej powiece już się goiła, lecz źrenica była zupełnie rozszerzona i wcale nie oddziaływała ani na światło, ani na zbieżność. W źrenicy widać było, przy ruchach gałki na prawo, zewnętrzny brzeg soczewki, która wykonywała ruch wahadłowy zewnętrzną swą połową około osi pionowej. Nadto męty w ciele szklistem, a po ich wessaniu było pęknięcie naczyniówki widocznem. Po 2 tygodniach znaczne polepszenie bystrości wzroku, źrenica znacznie się zmniejszyła (ezeryna), lecz nie zupełnie, z powodu przeszkody ze strony zwichniętej soczewki.

Soczewka przezroczysta, oko niebolesne. *Dr L. Gruder.*

Trójkątne przerwanie tęczówki. (Dreieckige Loch-Ruptur der Regenbogenhaut). Dr E. Praun z Darmstatu.

Wieśniak uderzył się biczem przed 8 laty w prawe oko. — Obecnie stan oka następujący: *Strabismus divergens* oka prawego. *Vis.* = palce 3 m. Rogówka i cała wogóle gałka na zewnątrz prawidłowa. Przednia komora głęboka, źrenica owalna, w tęczówce, o zupełnie zresztą prawidłowej barwie i rysunku, od dołu zewnątrz otwór, postaci trójkąta, którego podstawę tworzył brzeg rzęskowy. Wierzchołek tego trójkąta był oddzielony od źrenicy przez *sphincter iridis* na szerokości 2 mm.

Przez ten otwór widać było częściowo zaćmioną soczewkę, która w źrenicy była przezroczystą. W plamce żółtej białawożółte ogniska, otoczone rąbkiem barwikowym. Nerw oczny białawożółty.

Otwór w tęczówce powstał więc przez uraz i był połączony z częściowym ubytkiem tęczówki. Zaćmienie soczewki jest niepostępowe *(stationär).* *Dr L. Gruder.*

Przerwany śluzoropotok u noworodka. (Coupirte Conjunctivitis blennorrhoïca). Dr E. Praun z Darmstatu.

Autor opisuje szczęśliwy wynik śluzoropotoku u 4miesięcznego dziecka, które dostało się w ręce lekarza natychmiast po wystąpieniu ropy (w tym samym dniu). Autor przemywał spojówkę borową

wodą, zastosował dwa razy *argent. nitricum* (2%) i jedną kroplę 10% protargolu co dwie godziny. Na drugi dzień nie było już z ropy ani śladu.

Chociaż badanie mikroskopijne nie wykazało gonokoków, to mimo to autor przypuszcza, iż był to prawdziwy, typowy śluzoropotok, tylko, że gonokoki jeszcze nie miały czasu do rozwoju w głębszych warstwach spojówki. *Dr. L. Gruder.*

Archiv für Augenheilkunde. T. XLVI. Z. 1.

Korowmózgowy odruch źrenicy. (Der Hirnrindenreflex der Pupille). Haab.

Opisany przez autora objaw korowego odruchu źrenicy polega w zasadzie na tem, że pod pewnymi warunkami może się źrenica zwężać, pomimo, że wpadająca do głębi oka ilość światła zostaje niezmienną, a zarazem akomodacya i konwergencya pozostają w spoczynku. Spostrzegany ten przez autora objaw doświadczał on na sobie samym i na innych mniej więcej w sposób następujący.

Jeżeli w pokoju ciemnym ustawimy na boku oka badanego płomień świetlny, przyczem badany spogląda li tylko w prostym kierunku przed siebie, to możemy zauważyć, że w chwili, kiedy on zwróci swoją uwagę na źródło świetlne, nie zmieniając przy tem kierunku patrzenia się na czarną ścianę, ściągają się źrenice ócz obu bardzo znacznie. Przy tem pozostają źrenice tak długo zwężone, jak długo uda się badanemu zwracać uwagę li tylko na źródło świetlne. Skoro jednak zwróci on tylko chwilowo uwagę swą na jakieś miejsce, znajdujące się na ścianie czarnej, to źrenice rozszerzają się natychmiast, pomimo, że ilość światła, wpadająca do oka, a także konwergencya i akomodacya były niezmienne.

Ponieważ musimy przypuścić, że główny czynnik tego objawu »ześrodkowanie uwagi« na pewien przedmiot, znajdujący się na obwodzie pola widzenia, ma swoją siedzibę w korze mózgowej, więc zdaje się, że odruch ten odbywa się w korze mózgowej, w przeciwieństwie do odruchu źrenicy na akomodacyę i konwergencyę, które mają siedlisko w ośrodkach mózgowych, i dlategoteż nazywa autor objaw ten odruchem koromózgowym źrenicy.

Co się tyczy powstania tego objawu, to przyjmuje Haab, że źrenice zostają w łączności z włóknami, które ciągną z obu półkul mózgowych do obu źrenic, przyczem pozostaje na razie niewytłómaczonem, czy włókna te ciągną w istocie wprost do źrenic, czyteż li tylko do jąder nerwu okoruchowego, a względnie do wzgórków czworaczych, jak również nieznanym jest i ich przebieg.

Umieszczone na boku badanego światło podrażnia nieustannie korę mózgową i to wzdłuż szlaków wzrokowych. Jak długo uwaga badanego nie zwraca się na płomień świetluy, to wspomniane powyżej zstępujące do nerwu okoruchowego włókna pozostają w spoczynku. W chwili jednak, gdy badany zwróci swoją uwagę na płomień świetlny, przechodzi podrażnienie z kory mózgowej na te włókna, a źrenica się zwęża.

Z przeprowadzonych przez autora doświadczeń daje się łatwo udowodnić, że źrenica zwęża się nie tylko przy oświetleniu żółtej plamki i jej najbliższej okolicy, jak to twierdził Heddaeus, lecz z jakiegokolwiekbądź miejsca na obwodzie siatkówki, a także dają się wytłómaczyć często spostrzegane objawy drżenia źrenicy *(oscillatio)*.

Drugą połowę tej bardzo zajmującej pracy poświęca Haab polemice z zapatrywaniami Heddaeus'a i Heinrich'a w tym kierunku. *Dr T. Bałłaban.*

Oczy słuchaczy medycyny we Wrocławiu. (Die Augen der in Breslau Medizin-Studirenden). Cohn.

Autor badał stan ócz 138 słuchaczy medycyny, z których było 47 emetropami, 82 krótkowidzami, a 9 dalekowidzami.

Bardzo szczegółowo przeprowadzone badania wykazały, że, pomimo licznych zarządzeń, mających na celu zmniejszenie krótkowidzenia u medyków, choroba ta zupełnie się nie zmniejszyła od czasu badań, przed 36 i 20 laty i wynosiła, podobnie, jak i przedtem, 60%. Przytem stopień krótkowidzenia pozostał niezbyt wysokim i wynosił przeciętnie — 5 D.

Ujemny ten wynik przypisuje autor tej okoliczności, że od szeregu lat powstały tylko nieliczne gimnazya, przy których tworzeniu uwzględniano już warunki hygieny ocznej. Prócz tego należałoby uwzględnić warunki, pod jakimi chłopcy pracowali w domu, a także i stopień ich dziedzicznego obciążenia.

Następnie badał autor sposób, w jaki krótkowidzenie było poprawiane i znalazł, że na 82 krótkowidzów nosiło szkła 64, a zatem 80%.

Z tych 40 używało szkieł, poprawiających całkowicie krótkowidzenie, 2 szkieł silniejszych od istniejącego rzeczywiście krótkowidzenia, a 22 szkieł słabszych, i to o 0·5 do 2 D.

Na tej to podstawie też poddaje on krytyce sposób poprawy myopii. A mianowicie jest rzeczą ogólnie wiadomą, że, wedle zdania Donders'a, Graefe'go, Arlt'a i Förster'a, trzymali się okuliści od lat 40 następujących zasad: 1. Szkła neutralizujące mogą być przepisywane li tylko na odległość. 2. W pobliżu można prze-

pisać tylko szkła słabsze od istniejącej myopii. 3. Szkieł silniejszych aniżeli — 6 D. nie należy zalecać, gdyż dają one obrazy zmniejszone i zatarte.

W r. 1884 oświadczył się jednak sam Förster za całkowitą poprawą krótkowidzenia, i to nawet w przypadkach najwyższego stopnia. Udowodnił on bowiem, że akomodacya nie jest przyczyną zwiększenia się ucisku śródocznego, a zatem nie może ona mieć wpływu na wydęcie tylnej części gałki ocznej, lecz, że przyczyną tego jest zbieżność osi ocznych (konwergencya), którą można usunąć przez oddalenie kresu dali od oka — przez co i któtkowidzenie nie zwiększa się. Na poparcie tego zapatrywania ogłosił Förster 68 przypadków, w których obojętne szkła były nietylko znoszone bez szkody dla ócz, lecz nadto stały się zaporą dla zwiększania się krótkowidzenia. W najnowszych czasach liczni okuliści postępują też w ten sposób i zapisują szkła całkowicie wyrównujące [1]).

Opierając się jednak na bardzo wielu doświadczeniach w tym kierunku, sądzi autor, że sprawa ta wcale jeszcze nie jest ustaloną, gdyż, jakkolwiek przyznaje, że w wielu przypadkach zupełna poprawa myopii nie przynosi szkody oku, to jednak nie w mniejszej ich ilości nie bywa znoszoną lub też jest bezcelową. Trzyma się on też dlatego następujących zasad. Przy myopii < 2 D. daje — 2 D. tylko na odległość, do pracy w pobliżu nie daje szkieł. Przy myopii 2—6 D. zapisuje na odległość szkło poprawiające krótkowidzenie całkowicie, do pracy w pobliżu szkło o 2 D. słabsze. Przy myopii > 8 zapisuje szkła silniejsze li tylko niechętnie [2]), a w razie potrzeby daje do pracy w pobliżu szkło o wiele słabsze aniżeli do patrzenia w dal. Zasadniczo zaś stara się takich osobników odwieść od zamiaru trwania w zawodzie natężającym oczy.

Dr T. Bałłaban.

Prawidłowa szerokość źrenic wedle oznaczeń w poliklinice. (Die normalen Pupillenweiten nach Bestimmungen in der Poliklinik). Tange.

Wyniki badań Tange'go, objaśnionych licznemi tablicami, uwydatniającemi zachowanie się źrenic u emetropów, dalekowidzów i krótkowidzów, dają się streścić w następujących wnioskach:

1. Szerokość źrenic jest u różnych osobników różną.
2. Źrenice są szersze u kobiet, aniżeli u mężczyzn.
3. Fizyologiczna szerokość źrenic zmniejsza się z wiekiem.
4. U dalekowidzów są źrenice węższe, aniżeli u emetropów.

---

[1]) Tak postępuję od 26 lat i zawsze z dobrym skutkiem. *W.*
[2]) To zależeć powinno od wieku. *W.*

5. Źrenice stają się węższe stosownie do wyższego stopnia dalekowidzenia.

6. Fizyologiczna szerokość źrenic u krótkowidzów aż do 20 roku życia jest większą, aniżeli u emetropów.

7. Z wiekiem staje się różnica w fizyologicznej szerokości źrenic przy różnorakiej łamliwości ócz mniej wydatną, po 40 zaś roku życia jest ona tylko bardzo nieznaczną.

8. Przy słabszem oświetleniu występują różnice, opisane pod 1—3, wyraźniej i dają się dokładnie spostrzegać jeszcze do 60 roku życia.

9. Barwa tęczówki nie wywiera żadnego wpływu na szerokość źrenic. — *Dr T. Bałłaban.*

Barwiak tęczówki. (Melanom der Iris). Anargyros.

Graefe, Fuchs, Wicherkiewicz i i. mieli sposobność spostrzegać ten nowotwór na tęczówce.

Wogóle jest to nowotwór łagodny i tem się tłómaczy względna rzadkość badań anatomicznych w tym kierunku. Autor spostrzegał na lewem oku 62letniego chorego brunatnoczarny nowotwór postaci walcowatej, umiejscowiony na dolnym brzegu źrenicy.

W miąższu tęczówki były umiejscowione nieliczne barwiaki. Tn. Ponieważ prócz tego znajdowała się w oku zaćma starcza, dlategoteż wycięto, przy sposobności jej usunięcia, kawałek tęczówki, w którym nowotwór wspomniany był umiejscowionym.

Po kilku dniach wyjęto tę gałkę z powodu zakażenia, i tej okoliczności zawdzięcza autor możliwość zbadania anatomicznego także i małych nowotworów. umiejscowionych na górnym brzegu źrenicznym.

Przy operacyi odłamały się cząstki nowotworu wraz z tylną warstwą barwika tęczówki. przez co tęczówka była z tyłu ograniczoną li tylko błoną Bruch'a i pozostałościami przedniej warstwy barwikowej, która bezpośrednio graniczyła z nagromadzonemi bardzo ciemnemi komórkami barwiaka. Poszczególne komórki były bezkształtne i wypełnione brunatnemi ziarenkami barwika, jądro ich zaś było niewidoczne, a miejscami zlewały się one w bezpostaciową masę. Niektóre komórki dawały się spostrzegać porozrzucane w miąższu tęczówki. Ponieważ niektóre komórki barwikowe nowotworu przebiły błonę Bruch'a i posunęły się aż na tylną powierzchnię tęczówki, dlategoteż jest autor zdania, że komórki tego nowotworu miały swój początek w barwikowych komórkach siatkówki, umiejscowionych pojedynczo na tylnej powierzchni tęczówki.

Zrobione skrawki drobnowidowe dwóch innych nowotworów, umiejscowionych na górnym zewnętrznym brzegu źrenicy, uwydatniają te same stosunki jak powyżej.

Z przeprowadzonego badania autora nie da się stanowczo rozstrzygnąć, czy w powyższym przypadku rozchodziło się o barwiak, czy też o początkowy okres mięsaka, a to jedno zdaje się być pewnem, że podobne nowotwory tęczówki biorą swój początek z barwikowej warstwy siatkówki. *Dr T. Bałaban.*

Kilka uwag nad obustronną szparą naczyniówki, umiejscowioną w okolicy żółtej plamki i opisanie nowego przypadku. (Einige Bemerkungen über das doppelseitige Colobom der Chorioidea in der Maculagegend nebst Mittheilung eines neuen Falles). I. van der Hoeve.

U 11letniej dziewczyny spostrzegał autor na oku lewem szparę w naczyniówce, odległą od tarczy wzrokowej na 1·5 jej przekroju, w postaci białej plamy. Szpara ta była otoczoną pierścieniem barwikowym. W samej plamie jakoteż i na siatkówce znajdowały się również porozrzucane poszczególne plamy barwikowe. Naczynia siatkówki okrążały szparę. Podobne zmiany były uwydatnione i na oku prawem, jakkolwiek szpara tam się znajdująca była mniejszą.

Ze względu, że przy badaniu pola widzenia nie dało się w niem wykazać braków, należy przypuścić, że szpara była obustronnie pokryta siatkówką.

Granice pola widzenia były jednak obustronnie miarowo zwężone. Bystrość wzroku wynosiła obustronnie $^{6}/_{36}$. Przy dalszem badaniu dało się spostrzegać, że na dnie szpary przebiegały obustronnie naczynia, które jednak nie stały w żadnej łączności z naczyniami siatkówki, a także nie wykazywały splotów, właściwych naczyniom naczyniówki.

Ponieważ przy ucisku na gałkę oczną, a także i przy ucisku na tętnicę i żyłę szyjną zmniejszały naczynia swoją objętość, więc przyjmuje autor, że naczynia te były tętnicami.

Zastanawiając się nad istniejącemi dotychczas teoryami powstawania szpar naczyniówki w okolicy żółtej plamki, staje on na stanowisku Deutschmann'a, który jest zdania, że powodem tych zmian są sprawy zapalne wśródmaciczne. A mianowicie sądzi on, że przebyte zapalenie naczyniówki w życiu płodowem powoduje powstanie blizny, którą wziernikiem rozpoznajemy jako szparę w naczyniówce. *Dr T. Bałaban.*

O przypadku z licznymi tworami torbielowatymi na obu dolnych załamkach powiekowych. (Ueber einen Fall von multipler Cystenbildung beider unteren Uebergangsfalten). Ackermann.

Powołując się na pracę sprawozdawcy, ogłoszoną w tymże

archiwie [1]), podnosi autor, że badania nad genezą tworów torbielowatych spojówki zostały uwzględnione dopiero od niedawna.

Odpowiednio temu jest i ilość ogłoszonych w tym kierunku przypadków stosunkowo nieznaczną. A mianowicie było, wedle zestawienia sprawozdawcy, ogłoszonych dotychczas 56 przypadków. Z tych tyczyło się 5 przypadków torbieli spojówek powiekowych, 19 było umiejscowionych w załamkach, a 32 na spojówce gałkowej.

Ze względu na sposób ich powstania, zasługują te nowotwory jeszcze na liczne badania anatomiczne, toteż i autor uzupełnia szereg znanych dotychczas przypadków swem własnem spostrzeżeniem.

U 56letniego mężczyzny spostrzegał autor na spojówce załamków obu dolnych powiek cały szereg przejrzystych guzków, z których większe miały przekrój 3 mm., mniejsze natomiast nie przekraczały wielkości główki od szpilki.

W celu przeprowadzenia badania anatomicznego wyciął autor dwa największe torbiele. Z tych jeden, badany w stanie świeżym, posiadał torebkę, wyścieloną płaskiemi komórkami przybłonkowemi, i był wypełniony jasną cieczą, w której się znajdowały złogi, stłuszczone przybłonki, pojedyncze komórki okrągłe, rozpad i cząstki węglanu wapniowego. Badanie drugiego torbiela, utrwalonego w formolu, dawało taki sam obraz.

Pozostawione na spojówce torbiele wyciął autor wraz ze spojówką, $2^2/_2$ cm. długą, a $1^1/_2$ cm. szeroką, utrwalił tę część w formolu i robił skrawki, barwione znanymi sposobami.

Na tych to skrawkach dało się rozpoznać, że torbiele były umiejscowione w tkance podspojówkowej, tworząc tam zbity kłębek, poprzedzielany cienkiemi ściankami, a tylko nieliczne wielkie torbiele były w tkance pojedynczo porozmieszczane.

Przybłonek spojówkowy był zcieńczały i bardzo nieprawidłowy i posiadał niezwykle wielką ilość komórek kubkowatych, wypełnionych przejrzystą i ziarnistą masą. Tkanka podprzybłonkowa była znacznie wybujałą i posiadała liczne komórki okrągłe. Pod tą tkanką znajdowała się tkanka łączna z licznemi naczyniami krwionośnemi i chłonnemi, pomiędzy któremi były umiejscowione torbiele. Przybłonek torbieli był różnorakim. W torbielach wielkich był dwuwarstwowym i składał się z komórek płaskich i sześciennych, po większej części śluzowo zwyrodniałych. Zawartość torbieli stanowił ziarnisty rozpad, złogi białka lub też był zupełny jej brak. Znamiennem było zachowanie się przybłonka spojówkowego, z którego powierzchni wtłaczały się w tkankę podspojówkową liczne cewkowate wgłębienia.

---

[1]) T. XLIII, 3, p. 167.

Po przeprowadzeniu badania anatomicznego zastanawia się następnie autor nad sposobem powstania tych torbieli, przyczem należałoby uwzględnić dwojaką możliwość. A mianowicie albo powstały te torbiele ze zwyrodniałych gruczołów Krause'go, których istnienia w załamku spojówki dowiedli, obok Krause'go, Kleinschmidt i Waldeyer, albo też powstały one wskutek spraw nieżytowych spojówki z torbielowato zwyrodniałych wklęśnień cewkowatych przybłonka.

Jakkolwiek istnienie podobnych wgłębień przybłonka na skrawkach drobnowidowych zachęcałoby do przyjęcia tej drugiej możliwości w powstaniu tych torbieli, to jednak przemawia przeciwko temu ta okoliczność, że nigdzie nie dała się wykazać jakakolwiek łączność tych wgłębień z torbielami, jak to ma miejsce w przypadkach odpowiednich, opisywanych przez innych autorów. Natomiast przemawia za powstaniem tych torbieli z gruczołów Krause'go, przy długotrwałym nieżycie spojówek, bardzo znaczne zwiększenie się ilości komórek okrągłych i kubkowatych, a także i liczne wgłębienia przybłonka. Wgłębienia te, nie stojące w żadnym związku z torbielami, mogły powstać li tylko przy długotrwającem patologicznem drażnieniu spojówek.

Zmiany w gruczołach Krause'go były tego rodzaju, że, wskutek przewlekłych spraw zapalnych, przyszło do zwyrodnienia przewodu gruczołu i do jego zajęcia. Powstała wskutek tego zastoina wydzieliny gruczołu spowodowała rozszerzenie gruczołu, a zarazem bardzo znaczne zmiany i spłaszczenie przybłonka gruczołu.

Dr T. Bałłaban.

Przyczynki do znajomości zaćm wrodzonych. O wytwarzaniu się krystalicznych perełek w zaćmach warstwowych. (Beitraege zur angeborenen Starbildung. Ueber Krystallperlen in Schichtstaren.) Dr W. Stock z Fryburga. (»Klinische Monatsbl. f. Augenheilk.« 1902. Nr. VII).

Na wstępie podaje autor drzewo genealogiczne pewnej rodziny, w której w liczbie 23 członków (należących do pięciu pokoleń) 18stu dotkniętych było zaćmą, a tylko pięciu od niej wolnych. Tylko dwa przypadki jednak były spostrzegane i operowane we fryburskiej klinice ocznej: dziewczynka 6letnia i kobieta 27letnia. U dziewczynki stwierdzono obustronną zaćmę warstwową w postaci szarego zaćmienia, obejmującego kulistą powłoką jaśniejszą część środkową i odcinającego się ostro od przezroczystych warstw obwodowych. W jaśniejszej części środkowej widać wielką ilość nieregularnie rozrzuconych białych kuleczek o pięknym perłowym połysku, po części bardzo drobnych, po części zaś dochodzących, pozornie przynajmniej, do 1—2 mm. średnicy. Kuleczki te mają wielkie

podobieństwo do małych perełek. — W drugim przypadku obie soczewki przedstawiały miseczkowate zaćmienie tylnej warstwy przyjądrowej, a w przedniej warstwie zaćmienie gwieździstej postaci, w środku zaś podobne perełki, jak u tamtego dziecka, tylko w małej ilości: u prawego oka trzy, a u lewego pięć. Obwodowe części soczewek były całkiem przezroczyste.

Z pierwszego przypadku otrzymał autor do zbadania same tylko »perełki«, przechowane w glicerynie, z drugiego zaś jedną zaćmę w całości, ustaloną w płynie Zenker'a i po przeprowadzeniu przez alkohol etc. zatopioną w celloidynie.

Badanie własności fizycznych owych kulistych tworów wykazało przedewszystkiem ich niezwykle wysoki stopień twardości. Przy dotykaniu pałeczką szklaną odnosiło się wrażenie, jakby kuleczki te były również ze szkła. Przy robieniu skrawków ze soczewki, uzyskanej z drugiego przypadku, nóż mikrotomu tępił się, natknąwszy na perłę. Powierzchnia perełek nie była dokładnie kulistą, lecz okazywała drobne wyniosłości i zagłębienia. Badanie pod mikroskopem polaryzacyjnym nie wykazywało podwójnego załamania, właściwego ciałom o krystalicznej budowie. Alkohol, eter, chloroform, ług sodowy i potasowy — nie sprowadzają żadnych widocznych zmian w kuleczkach. Natomiast dodanie kwasu solnego sprawia, że wywiązuje się z nich gaz w postaci drobniutkich banieczek, kulki rozpuszczają się, pozostawiając zaledwie dostrzegalne, delikatne *„stroma“* o nieregularnej budowie. Kwas siarkowy wydziela również gaz w pęcherzykach, przyczem wytwarza się biały osad siarkanu wapniowego (gipsu). Próba Kossy wykazała brak kwasu fosforowego w kuleczkach.

Wszystkie wyżej przytoczone mikrochemiczne próby wykazują zatem, że perełki w mowie będące, a w obu przypadkach zachowujące się chemicznie jednakowo, — są złogami bezpostaciowymi węglanu wapniowego. Złogi te uważa autor za wyraz zwyrodnienia włókien tkanki soczewkowej i zaznacza, że dotąd w literaturze podobnych tworów nie opisano, gdyż »perełki«, jakie miał sposobność zbadać i opisać, nie odpowiadają ani kuleczkom *(Krystalldrusen)*, znalezionym przez Baas'a w zaćmionej soczewce, ani żadnej z różnych postaci krystalicznych złogów w soczewce, zestawionych w rozprawie inauguracyjnej Besserer'a (Fryburg. 1899).

K. W. Majewski.

Szczególny przypadek upośledzenia ruchów oka. (Ein eigenartiger Fall von Motilitätsstörung am Auge). Doc. Dr. zur Nedden z Bonn. (»Klinische Monatsbl. f. Augenheilk.« 1902. Nr. 7).

Autor opisuje następujący przypadek: Pewien młody mężczyzna zgłosił się do kliniki okulistycznej w Bonn z powodu zezu i opadnięcia górnej powieki oka prawego, które to zmiany miały

powstać u niego w dzieciństwie w następstwie zapalenia rogówek obu oczu. Badanie wykazało: Wysokość szpary powiekowej prawego oka wynosi zaledwie 2 mm. Tylko przy zasłonięciu ręką lewego oka chory jest w stanie unieść powiekę o tyle, że się odsłania dolna większa część rogówki. Obie rogówki pokryte plamkami, stąd Wpro = $^1/_{200}$, Wlo = $^2/_7$ Mp. $3{,}_0$ D. Przy wpatrywaniu się w przedmiot bliski oko prawe zbacza o 20^0 na zewnątrz. Przy patrzeniu w prawą stronę lewe oko ustawia się należycie, prawe zaś zwraca się na zewnątrz i ku górze, czyli wykonuje obrót nie naokoło osi pionowej, lecz naokoło osi pochylonej górnym końcem (jak wykazało dokładne zmierzenie) o 25^0 ku wewnątrz. Przy zwrocie lewego w lewą stronę (ku skroni) prawe oko skręca się silnie ku wewnątrz i ku dołowi, to znaczy, że okręceniu się gałki lewej naokoło osi pionowej odpowiada obrót gałki prawej naokoło osi również górnym końcem pochylonej ku wewnątrz i to, jak stwierdził autor, znowu dokładnie o 25^0. Wynika z tego, że prawe oko chorego *in toto* wraz ze wszystkimi swymi mięśniami jest jakby skręcone o 25^0 na wewnątrz dookoła przedniotylnej (strzałkowej) osi i że to położenie stanowi punkt wyjścia dla wszystkich jego ruchów, skojarzonych z ruchami drugiego oka. Nakoniec z pośród licznych drobniejszych szczegółów tego ciekawego spostrzeżenia należy podnieść jeszcze jeden objaw szczególny: po zasłonięciu lewego oka, prawa gałka oczna okazywała upośledzenie ruchomości w kierunku ku skroni, ku górze zewnątrz i ku dołowi zewnątrz, czyli osłabienie mięśnia prostego zewnętrznego i obydwu mięśni skośnych.

Autor przyznaje, że trudno tu o wyczerpujące wyjaśnienie wszystkich tych dziwnych zaburzeń w ruchomości oka prawego. Przy tenotomii, podjętej celem usunięcia towarzyszącego zezu rozbieżnego oka prawego, stwierdzono, że przyczep mięśnia prostego zewn. znajdował się niezwykle daleko od brzegu rogówki, bo w odległości 10 mm. Ten stan rzeczy objaśnia upośledzenie ruchomości gałki prawej ku skroni. Gdy jednak zwrot lewego oka ku wewnątrz dostarczył silniejszej pobudki do abdukcyi prawego oka, wtedy osłabionemu mięśniowi prostemu zewnętrznemu przychodzi w pomoc mięsień skośny dolny: stąd zwrot prawej gałki ku górze zewnątrz. Co do innych objawów, to nie można się kusić o ich wyjaśnienie bez uciekania się do samych tylko domysłów, zwłaszcza, że z powodu bardzo znacznie osłabionej bystrości wzroku oka prawego nie można było myśleć o wywołaniu dwuwidzenia i zbadaniu zdwojonych obrazków. — *K. W. Majewski.*

Przypadek zupełnego wyleczenia żelezicy gałki. (Ein Fall von völliger Heilung der Verrostung des Augapfels). Dr. Ehrenfried Cramer z Cottbus. (»Klinische Monatsbl. f. Augenheilk.« 1902. Nr. VII).

Siedmnastoletni czeladnik murarski zauważył, że prawem okiem nie widzi. Przed kilku miesiącami przy rozbijaniu kamieni stalowy odprysk od młota zranił mu to oko. Prawe oko lekko podrażnione i zbacza nieco na zewnątrz. Rogówka prawidłowa, tęczówka żółto zabarwiona, rysunek zatarty. Źrenica trzy razy szersza niż u lewego oka i zupełnie nieruchoma. Przednia torebka okazuje dołem gwieździste zaćmienie barwy żółtawej. Soczewka również żółta, zaćmiona. Po atropinie źrenica nieco się jeszcze rozszerza, a wtedy przy użyciu lupy widać dołem, tuż za brzegiem źrenicy czarne ciało obce wielkości główki szpilki tkwiące w soczewce w środku promienistego zaćmienia torebki. Sideroskop daje przy zbliżeniu dolnej części rogówki silne wychylenie.

Po nakłuciu rogówki nożem grotowym wypłynęła żółto zabarwiona ciecz wodna, poczem wydobyto odprysk stalowy zapomocą ręcznego elektromagnesu i usunięto zaćmioną soczewkę. Po 10ciu dniach wystąpiły w oku gwałtowne bóle, które ustały po wydobyciu rdzawych resztek kory, pokrywających tęczówkę.

W cztery tygodnie później badanie wykazało: tęczówkę barwy niebieskiej zupełnie, jak u lewego oka, i źrenicę zaledwie nieco szerszą, lecz oddziaływującą prawidłowo na światło. Bystrość wzroku po wyrównaniu afakii i niezborności pooperacyjnej wynosiła $^6/_{15}$.

Spostrzeżenie to stanowi rzadki przykład zupełnego wyleczenia żelezicy. *K. W. Majewski.*

Objawy oczne przy erythema exsudativum multiforme Hebrae. (Augenbefund bei Erythema exsudativum multiforme Hebrae). Dr. Steffens. (»Klinische Monatsbl. f. Augenheilk.« 1902. Nr. VII).

Zmiany oczne w przebiegu *erythema exsudativum multiforme* nie należą do zbyt częstych. Istnieją w tym względzie spostrzeżenia Rigler'a, Lipp'a, Beaudonnet'a, Terson'a, Düring'a i Dikrana Bey Adjemian'a. Typową *conjunctivis exanthematica* u 22letniej dziewczyny, dotkniętej rumieniem wielopostaciowym, miał sposobność spostrzegać Steffens we wrocławskiej klinice ocznej. Zmiany skórne ograniczały się w tym przypadku do twarzy, grzbietu prawej ręki i prawego kolana. Na obydwu oczach spojówka gałki okazuje jedynie w obrębie szpary powiekowej nastrzyknięcie i pokręcenie powierzchownych naczyń, oraz mierny, galaretowaty obrzęk. W obrębie tego obrzmienia widać gromadki drobnych wodo-

jasną cieczą wypełnionych pęcherzyków, lub też guziczków barwy szarawej. Gromadki te są na obu oczach najliczniej rozłożone po nosowej stronie szpary powiekowej. Spojówka gałki przykryta powiekami, oraz wszystkie inne części — zupełnie prawidłowe.

Zmiany te na spojówce ustąpiły po kilku dniach bez właściwego leczenia — równocześnie z ustąpieniem zmian na skórze. —

Porównując własny przypadek z opisanymi już w literaturze, dochodzi Steffens do wniosku, że właśnie takie zmiany, jakie stwierdził u swojej chorej, należy uważać za typowe i znamienne dla *erythema exsudativum multiforme.* Zapalenie spojówek pojawia się bądź w okresie inkubacyi, bądź w okresie właściwej wysypki, a ustępuje wraz z poprawą stanu ogólnego. — *K. W. Majewski.*

III. Z TOWARZYSTW.

Sprawozdanie z rozpraw niemieckiego Towarzystwa oftalmologicznego w Hajdelbergu, od 3—6 sierpnia 1902. (C. d.).

Drugie posiedzenie. — Przewodniczący: Gullstrand (z Upsali).

Volkmann (z Berlina). *Wnioski praktyczne, wysnute z teoryi magnesów ocznych.* Volkmann rozróżnia wielkie magnesy, rozwijające w pierwszym rzędzie siłę przyciągającą (Zugkraftmagnete) i magnesy małe, wprowadzane w głąb oka w postaci zgłębnika i mające za zadanie unieść i przytrzymać odprysk żelazny (Tragkraftmagnete). Przy stosowaniu magnesów olbrzymich ciężar odprysku żelaznego nie odgrywa żadnej roli, natomiast postać odprysku ma ogromne znaczenie. Zależnie od postaci kawałeczka żelaza, siła przyciągająca, jaką nań magnes wywiera, może w tem samem miejscu pola magnetycznego wahać się w stosunku 1 : 250 [1]). Stąd wskazana wielka ostrożność przy zbliżaniu olbrzymiego magnesu do zranionego oka. — Przy magnesach zgłębnikowych postać odprysku nie wywiera prawie żadnego wpływu, natomiast im mniejszy jest odprysk, tem większa jest w stosunku do jego wagi siła, z jaką go biegun magnesu przytrzymuje. — Volkmann zbudował magnes, należący do kategoryi wielkich magnesów ocznych, działający jednak o wiele skuteczniej niż olbrzymi elektromagnes Haab'a. Waży on 12 kg., a co do siły przyciągającej równa się magnesowi systemu Haab'a, ważącemu 80 kg. i spotrzebowującemu 8 razy więcej energii elektrycznej. —

[1]) Por. »Post. Okulist.« R. 1901. Str. 311.

Haab (z Zürichu): *O zastosowaniu wielkiego elektromagnesu.* W ciągu ostatniego dziesięciolecia użył Haab w swej klinice swego elektromagnesu w 165 przypadkach. Z tego 141 razy powiodło się żelazo wydobyć (86%). W 34 przypadkach tkwił odprysk niewątpliwie w siatkówce, z tego 28 razy udało się go wydobyć. W liczbie 134 przypadków, w których ciało obce żelazne tkwiło poza tęczówką i soczewką, 111 razy (83%) wydobyto je za pomocą elektromagnesu. W ostatnich 38 operacyach nie użył autor ani razu małego magnesu do pomocy, a w ostatnich 120 operacyach zmuszony był do tego tylko trzy razy. Co do ostatecznych wyników rzecz się przedstawia następująco: 51 razy (30%) uzyskano dobrą bystrość wzroku. W 19 przypadkach (11,5%) udało się uratować gałkę oczną, jakkolwiek oślepłą. —

Dyskusya: Schreiber robił próby z magnesem Volkmann'a i w 4 przypadkach uzyskał bardzo dobre wyniki.

Mayweg uważa obok dużego mały elektromagnes za niezbędnie potrzebny.

Haab odpowiada na to, że magnes mały użyty w postaci zgłębnika, sprowadza nowe obrażenie ciała szklistego, czego wielki magnes nie czyni. —

Leber i Volkmann objaśniają przypadki ciał obcych żelaznych wklinowanych tak, że ich nawet najsilniejszym magnesem nie wydobędzie. —

Franke (z Hamburga): *Rozpoznanie i leczenie zmian chorobowych pozagałkowych.* Mówca zaleca roentgenografię, która, zdaniem jego, daje cenne wskazówki w przypadkach nowotworów pozagałkowych. Jako najlepszy sposób operacyjny w celu wydobycia guzów pozagałkowych wskazuje operacyę Kroenlein'a, którą wykonał pięć razy z bardzo dobrym wynikiem. Raz guza nie znalazł wcale, a jednak trzeszcz po samym zabiegu Kroenlein'a zupełnie ustąpił. —

Krückmann (z Lipska): *Iridocyclitis syphilitica.* Autor widzi analogię między kiłowemi zmianami na oku, a takiemiż zmianami na skórze i błonach śluzowych. Zmiany drugorzędne na tęczówce dzieli on na plamiste *(iritis erythematosa)*, guziczkowe *(iritis papulosa)* i guzowate *(iritis tuberosa)*. Tę ostatnią postać trzeba umieć odróżnić od kilaków tęczówki. —

Dyskusya: Haab radzi w celu odróżnienia guziczkowatej postaci *iritis tuberculosa* od takiejże postaci *iritis luetica* wstrzyknięcie tuberkuliny. Guzki gruźlicze ulegają wtedy przekrwieniu, kiłowe pozostają bez zmiany. —

Axenfeld (z Fryburga) i Naïto (z Tokio): *Pętle nerwowe wśródtwardówkowe.* Wśród badań swoich nad przednimi nerwami

rzęskowymi spotkał Axenfeld wielokrotnie w oczach prawidłowych tuż poza ciałem rzęskowem dość grubą gałązkę nerwową, która w twardówkę prostopadle wchodzi, w jej miąższu tworzy pętlę i wraca do przestrzeni popodtwardówkowej, rozdzielając się tu na dwa włókienka, z których jedno dąży ku przodowi ku ciału rzęskowemu, a drugie zagina się w tył. Axenfeld postanowił rozstrzygnąć pytanie, czy nerw ten powstaje ze zlania drobnych nerwików wśródtwardówkowych, czy też jest to wśródtwardówkowa pętla jednego z tylnych nerwów rzęskowych. Liczne badania zapomocą seryi skrawków, wykonane wspólnie z Drem Naïto, potwierdziły to ostatnie przypuszczenie. Rzecz szczególna, że, jeśli wogóle oko taki nerw posiada, to nigdy więcej, jak jeden. —

Schirmer (z Greifswaldu): *O wydzielaniu i odpływie łez po wyłuszczeniu woreczka łzowego.* Wiadomości, zasiągane u 50 chorych, którym 3 do $8^1/_2$ lat wstecz wyłuszczono woreczek łzowy, wykazały, że w przeważnej ilości przypadków łzawienie pojawia się tylko na wietrze. Brak znaczniejszego łzawienia nie tłómaczy się jednak zanikiem gruczołu łzowego, gdyż zaniku takiego, nawet po wielu latach, od czasu operacyi, nigdy nie stwierdzono. Prawidłowe oko wydziela bardzo mało łez ($^1/_4$—$^1/_2$ grama dziennie) tak, że ta ilość nie może sama przez się sprowadzić przykrego łzawienia. Jeśli po wyłuszczeniu woreczka łzowego łzawienie jest znaczne, to najczęściej przyczyną jest nieżyt spojówki, albo odwinięcie powieki. Dopiero, jeśli leczenie, przeciwko tym zboczeniom skierowane, nie usuwa łzawienia, należy przystąpić do wyłuszczenia powiekowego gruczołu łzowego. —

Dyskusya: Axenfeld podnosi, że mierne łzawienie, jakie pozostaje po wycięciu woreczka łzowego, nie powinno nas powstrzymywać od wykonywania tej operacyi tam, gdzie ona z ważniejszych względów jest wskazaną, boć przed operacyą łzawienie już istnieje i bywa zazwyczaj o wiele dokuczliwsze niż po niej. Przy wycinaniu woreczka nie należy cięcia prowadzić zbyt blizko brzegu powiekowego, aby potem kącik powieki dolnej nie odstawał.

Simon (z Berna) radzi woreczek łzowy przed wyłuszczeniem wypełnić parafiną, co ułatwia usunięcie go w całości.

Greeff, Wagenmann, Mayweg i Pflüger przemawiają za usunięciem gruczołu Rosenmüller'a w razach uporczywego łzawienia. Operacya ta nie pociąga za sobą żadnych złych następstw dla oka. gdyż spojówka sama wystarcza do utrzymania własnej powierzchni i powierzchni gałki ocznej w stanie wilgotnym.

Wolff (z Berlina): *Teorya skiaskopii, oznaczanie refrakcyi zapomocą skiaskopoftalmometru elektrycznego własnego pomysłu; uwagi o aberracyi sferycznej i linii akomodacyjnej oka.* Wolff

opisuje swój elektryczny skiaskopoftalmometr, zbudowany w myśl rozwiniętej przez niego teoryi skiaskopii [1]). W przyrządzie tym posługuje się on źródłem światła w postaci linijki. Skiaskopoftalmometr pozwala oznaczyć łamliwość sferyczną, oraz niezborność oka z dokładnością, dochodzącą do $^1/_4$ D., oraz ustawienie osi z dokładnością, dochodzącą do 1^0. Badanie przeprowadza się bez użycia homatropiny, skiaskop trzyma się w ręku swobodnie i bada się na odległość zmienną. Przyrząd może być użyty także do badania na odległość stałą, ale musi być dodaną jeszcze tarcz ze soczewkami, różniącemi się o ćwiartkę dyoptryi. —

Gullstrand (z Upsali): *O zabarwieniu plamki żółtej.* W przeciwieństwie do zapatrywania Schmidt-Rimpler'a, że *fovea centralis* posiada zabarwienie żółte i że zabarwienie to nie jest zjawiskiem pośmiertnem, gdyż można je stwierdzić w oczach świeżo wyjętych — przekonał się Gullstrand, że w 6 gałkach ocznych, wyjętych *in vivo*, włożonych do fizyologicznego rozczynu soli i badanych bezpośrednio po enukleacyi w stanie jeszcze zupełnie świeżym, raz tylko dało się zauważyć żółtawe zabarwienie i to wychodzące daleko poza granice plamki żółtej. Zabarwienie to odnosi mówca do rozpuszczenia się w miąższu siatkówki barwika krwi. —

Dyskusya: Schmidt-Rimpler twierdzi, że żółty barwik plamki żółtej został w doświadczeniach Gullstrand'a wyługowany przez rozczyn soli, w którym oczy były pogrążone.

Sattler przekonał się również o istnieniu żółtego barwika we *fovea centralis*. Być może, że oczy badane przez Gullstrand'a przecież nie były prawidłowe.

Leber jest tego samego zdania.

Gullstrand postanawia prowadzić dalej badania w tym kierunku. —

Greeff (z Berlina): *Fovea externa w siatkówce człowieka.* Dzisiejsze sposoby ustalania i stwardniania preparatów anatomicznych nie pozwalają nam badać siatkówki w jej właściwem położeniu. Zwłaszcza najcieńsza część siatkówki, t. j. *fovea centralis*, jest zawsze przesunięta i zmarszczona. Greeff, wnosząc jedynie z długości czopków i pręcików, którą zdołał wymierzyć we wszystkich okolicach siatkówki z wielką dokładnością, przyjmuje istnienie drugiego zagłębienia, położonego na zewnątrz od *fovea centralis*. Jest to tak zwana *fovea externa*. Z obliczeń Greeff'a wynika jednak, że to zagłębienie zewnętrzne jest ośm razy płytsze, niż *fovea centralis*. —

W rozprawach Elschnig potwierdza podania Greeff'a na

[1]) Zeitschr. f. Augenheilk. T. 7. 1902. III.

podstawie obrazu drobnowidowego siatkówki, jaki uzyskał z gałki ocznej, zupełnie prawidłowo ustalonej. —

Drugie posiedzenie z demonstracyami. — Przewodniczący: Franke (z Hamburga).

Heine (z Wrocławia): *O przedarciach membranae elasticae w oczach krótkowzrocznych.* Właściwych spraw zapalnych w oczach wysoce krótkowzrocznych wykazać nie można. Zmiany ogniskowe, tak częste przy wysokiej myopii, są, zdaniem Heine'go, wyłącznie następstwem mechanicznego rozciągania siatkówki i naczyniówki. *Lamina elastica* okazuje rozstępy różnej wielkości, z tych najmniejsze są najciekawsze dlatego, że przedstawiają prawdopodobnie zmianę pierwotną. Bujanie przybłonka barwikowego i naczyniówki, prowadzące do wytworzenia blizn i złogów, jest zmianą reakcyjną następową. — Mówca pokazuje preparaty, mikrofotogramy i rysunki.—

Grunert (z Tybingi): *Retinitis septica et metastatica.* W przypadku *septicopyaemiae cryptogeneticae* przyszło na kilka dni przed zejściem śmiertelnem do powikłań ocznych. Na prawem oku wystąpiło ropne zapalenie tęczówki, ciała rzęskowego z wysiękiem zapalnym do ciała szklistego, oraz, jak potem wykazało badanie anatomiczne, *retinitis suppurativa.* U lewego oka stwierdzono wziernikiem w siatkówce krwotoki i ogniska białe, dające obraz tak zwanej *retinitis septica.* Badanie drobnowidowe wykazało istotnie w siatkówce przerzutowe zapalne ogniska. —

Stock (z Fryburga): *Badanie anatomopatologiczne przypadku keratitis parenchymatosa e lue hereditaria.* Na przedstawionych preparatach z rogówki, okazującej typowy obraz zapalenia miąższowego, widać blizny po tak zwanem *ulcus internum* (albo *posticum*), które widocznie u osobników z kiłą dziedziczną może się wytwarzać. —

de Lieto Volaro (z Neapolu): *Anatomia patologiczna łuku starczego.* Preparaty barwione sudanem III wykazują kuleczki tłuszczowe nie tylko w miejscach zaćmionych, ale i w przestworach przezroczystych. Kwas osmowy zawodzi tu zwyczajnie, ponieważ tłuszcz ten składa się głównie z palmityny i stearyny, a te pod działaniem kwasu osmowego nie ulegają odtlenieniu. —

Mayeda (z Giesseny): *Rak powieki.* Rozległe śluzowe zwyrodnienie komórek nowotworowych. —

Hess (z Wyrcburga): *Z anatomii porównawczej przybłonka barwikowego.* U cefalopodów wykazał autor wędrówkę barwika. Siatkówka wystawiona na światło staje się prawie zupełnie czarną, w ciemności zaś bieleje. —

Hamburger (z Berlina): *O pochodzeniu cieczy wodnej.* 1. U sześciomiesięcznego płodu wykazał Hamburger wyraźną prze-

dnią komorę pomimo obecności błony źrenicznej. W przypadku tym ciecz wodna nie może zatem pochodzić z wyrostków rzęskowych, lecz jest niewątpliwie wytworem przedniej powierzchni tęczówki. —

Siklossy (z Budapesztu): *Przyczynek do chirurgii powiek.* W razie potrzeby usunięcia całej dolnej powieki, pokrywa Siklossy brak jej w ten sposób, że w dużym płacie skórnym Dieffenbachowskim wytwarza zapomocą dwóch cięć pionowych część środkową, którą zgina i składa tak, żeby powierzchnię skórną zwrócić ku gałce, i w tem położeniu przymocowuje ją szwem materacowym.—

Dyskusya: Fuchs używa w swej wiedeńskiej klinice do wyścielenia wewnętrznej powierzchni uszypułowanych płatów skórnych— skóry małżowiny usznej skrojonej wraz z cienką warstewką chrząstki, która się doskonale przyjmuje. —

Leber (z Hajdelbergi) pokazuje *przyrząd do prześwietlania twardówki,* mogący przez czas dłuższy pozostawać w zetknięciu z okiem, ponieważ nie rozgrzewa się zbyt silnie. —

Wintersteiner (z Wiednia): *Wtórorzędne zmiany w torbielach kaszakowych przygałkowych.* Zmiany te występują najczęściej pod wpływem urazu, a mianowicie zgniecenia, które powoduje pęknięcie przybłonka, wyścielającego od wewnątrz torbiel. Wtedy treść kaszaka wnika w jego ścianę i wywołuje w niej zapalenie, oraz bujanie tkanki ziarninowej, a ta doprowadza do zupełnego odklejenia i zwinięcia się warstwy przybłonkowej. Przybłonek w dalszym ciągu obumiera i częściowo wapnieje, a płynna treść torbiela ulega stopniowemu wessaniu. Nareszcie nowa tkanka łączna, która przerasta i obejmuje szczątki warstwy przybłonkowej, ulega skostnieniu i torbiel staje się budową swą podobny do *osteoma spongiosum.*—

(Dok. nast.) *K. W. Majewski.*

IV. KORESPONDENCYA.

Redakcya »P. O.« otrzymała następujące pismo:

Szanowny Panie Redaktorze!

Do artykułu Dra J. Talki, p. t. »Siedmdziesięciopięciolecie Instytutu oftalmicznego Im. ks. Lubomirskiego«, pomieszczonego w zeszycie październikowym Pańskiego organu, wkradły się pewne niedokładności, z których ważniejsze pozwalam sobie niniejszem sprostować, oraz niektóre kwestye od siebie wyjaśnić, w porządku, w jakim je w tym artykule znalazłem.

1. Budżet Instytutu Oftalmicznego Im. Ks. Ed. Lubomirskiego wykazuje rozchód roczny 11—12 tysięcy rubli. Z odsetek od kapitału żelaznego, oraz niewielkiej przewyżki dochodu nad rozchodem pokrywają się wydatki przewidziane i nieprzewidziane, jak remont, którego gmach Instytutu aż nazbyt często potrzebuje.

2. Instytut posiada 26 łóżek męskich i 30 kobiecych na salach ogólnych, oraz 8 pokoików oddzielnych, w których może stanąć najwyżej po 2 łóżka. Urzędowo etat wynosi 62 łóżka.

3. Adolf Angel obok stanowiska lekarza naczelnego Instytutu, był lekarzem batalionu saperów Wojska Polskiego i posiadał tytuł okulisty nadwornego Króla Polskiego (Archiwum Inst. Oft.), był więc prawdopodobnie poddanym Królestwa.

4. W Instytucie oddzielne części zawiadywane są przez samodzielnych kierowników (ordynatorów) i nie mają ze sobą obowiązkowej łączności, sprawozdania więc roczne rozumowane, o wartości naukowej, mogłyby być podawane tylko przez nich samych z każdego oddziału osobno. Spostrzeżenia naukowe i kliniczne, zapatrywania na takie czy inne postępowanie lecznicze i t. d. są wyłączną własnością kierownika oddziału. Lekarz naczelny otrzymuje od ordynatorów sprawozdania roczne, ułożone według urzędowego szematu (w którym choroby oczu podzielone są na trzy kategorye: *a)* jaglica (trachoma), *b)* choroby spojówki (conjunctivitis), i *c)* inne choroby), które, po zestawieniu w jednę całość, przesyła właściwej władzy (Inspektor szpitali). Jeżeli więc autor »Szkicu« utyskuje na brak sprawozdań z Instytutu w prasie lekarskiej, niechże winę podzieli pomiędzy ordynatorów, a nie zwala jej tylko na lekarza naczelnego.

5. Sprawa braków wewnętrznego urządzenia Instytutu jest bardzo ważna. Sal operacyjnych, kanalizacyi, wentylacyi odpowiedniej i wielu innych urządzeń Instytut nie posiada. By urządzić sale operacyjne (po jednej dla oddziałów męskiego i kobiecego, mieszczących się na różnych piętrach), zdawałoby się najprostszem poświęcić dwie z istniejących sal. Jest to jednak na razie niewykonalnem, z powodu niemożności zmniejszenia liczby łóżek dla chorych na oczy, i tak bardzo niedostatecznej. (Warszawa, oprócz Instytutu, posiada 24 łóżka w szpitalu żydowskim, tyleż od paru lat w nowej klinice uniwersyteckiej, i mały oddział w szpitalu dziecięcym, na 700 tysięcy mieszkańców, a właściwie na kraj cały, gdyż na prowincyi, o ile wiem, istnieje tylko w Lublinie oddział oczny). Ażeby więc zająć dwie sale, należy łóżka, w nich się mieszczące, ustawić w innych, a dlatego przedewszystkiem trzeba poprawić warunki zdrowotne Instytutu, które i teraz wiele pozostawiają do życzenia. Stąd więc sprawa urządzenia sztucznej wentylacyi i kanalizacyi być

musi na pierwszym planie. Gdyby chciano urządzić sale operacyjne według obecnych wymagań, z nieprzepuszczalnemi posadzkami itd., słabe mury Instytutu nie zniosłyby ich ciężaru bez poważnych przeróbek. Instytut wznosi się na wzgórzu, na gruncie w części nasypowym, poprzerzynanym licznymi strumykami wody zaskórnej i już po zupełnem wykończeniu zaczął się obsuwać ku Wiśle. Uratowanie gmachu połączone było wówczas z wielkiemi trudnościami. Mury są przytem bardzo słabe i wielokrotnie się rysowały. Koszt ich wzmocnienia, o ile byłoby ono wogóle możliwe, musiałby być bardzo znaczny. Nie tylko takie poważne wydatki, ale i drobniejsze, rozbijają się zawsze o brak funduszów. Sprawy finansowe Instytutu spoczywają, w imię Ustawy, głównie w rękach Kuratora i Intendenta, lekarz naczelny musi dobrze się nabiedzić, by otrzymać drobne nawet zaliczki na potrzeby Instytutu i z błahym nieraz wydatkiem obowiązany jest zwracać się do Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej (w której zawiadywaniu są szpitale cywilne), a bardzo często czekać do nowego roku, do nowego etatu. Nie tylko fartuchy, ale i wiele innych rzeczy kupują sami lekarze. Braki Instytutu rozumieją nietylko »ordynatorzy oddziałów kobiet«, a i ich przecie »starania«, pomimo, że były »poparte przez Inspektora szpitali cywilnych«, rozbijały się, oprócz wyżej wspomnianych trudności technicznych, i o ten brak funduszów. Póki się one nie znajdą, wszelkie starania, wszelkie projekty i narady, wśród których od kilku lat żyjemy, wszelka dobra wola musi się kończyć — »platonicznie«.

Dotychczasowy wynik tych ciągłych narad jest następujący: Rada Miejska Dobroczynności Publicznej poleciła wykonać projekt skanalizowania gmachu Instytutu, jednocześnie z ulepszeniem wentylacyi sal chorych i projekt ten przedstawić Magistratowi m. Warszawy dla uzyskania zatwierdzenia, poczem będzie można z wiosną 1903 r. przystąpić do wykonania go częściowo lub całkowicie, stosownie do funduszów rozporządzalnych, a jednocześnie do wzmocnienia sklepień pod przyszłemi salami operacyjnemi, by tym sposobem umożliwić ułożenie posadzek nieprzepuszczalnych. Tą drogą, przy szczęśliwych okolicznościach, w jesieni r. p. mogą stanąć gotowe do użytku sale operacyjne. Plany kanalizacyi są wykonywane obecnie. —

6. Lekarz naczelny i jego syn nie mają wyłączności, jak sądzi autor »Szkicu«, operowania i leczenia w pokoikach oddzielnych; każdy z ordynatorów ma prawo umieszczania tam i leczenia swych chorych, pod warunkiem uprzedzenia o tem za każdym razem lekarza naczelnego.

7. Gepner syn, po odbyciu konkursu publicznego, mianowany został ordynatorem nadetatowym przez P. Ministra Spraw Wewnętrz-

nych. Nie nastąpiłoby to, gdyby prawo nie dopuszczało służby krewnych w jednym szpitalu.

8. Prawo wyboru z pomiędzy kandydatów na posady w Instytucie przysługuje Kuratorowi.

9. Nie miejsce tu dysputować o przesądzonej sprawie oddziałów okulistycznych ruchomych. Przy Instytucie powstały one li tylko z inicyatywy kuratora, Ks. J. T. Lubomirskiego. Oddziały te wysyłane i utrzymywane są kosztem kilku osób prywatnych, podzielających zapatrywania Kuratora, oraz za sumy, asygnowane przez Zarządy Gubernialne. Lekarz naczelny Instytutu, jako członek komitetu oddziałów — z urzędu, zajmuje się li tylko stroną ich lekarską, dostarczaniem narzędzi, leków i opatrunków i wyborem kierowników.

10. Myśl napisania wspólnej pracy na 75 rocznicę istnienia Instytutu Oftalmicznego poruszona została w swoim czasie przez niżej podpisanego na zebraniu lekarzy tej instytucyi, ale została odrzucona.

Uważałem za właściwe przesłać Szanownemu Panu Redaktorowi tych kilka wyjaśnień i uprzejmie proszę o umieszczenie ich w łamach »Postępu Okulistycznego«.

Proszę przyjąć i t. d.

Warszawa w listopadzie 1902 r.

Dr Bolesław Gepner,
Lekarz Naczelny Instytutu Oftalmicznego.

V. LECZNICTWO.

Wstrzykiwanie waseliny przy oku wykonuje Topolański, idąc za przykładem chirurgów (Gersuny'ego), i poleca je przy bliznowatem wciągnięciu skóry pod brzegiem oczodołowym, przy odwinięciu powiek, zwłaszcza powieki dolnej, jako też przy podwinięciu przeważnie górnej powieki, dalej przy częściowym wroście rzęs (trichiasis partialis) i przy żłobkowem zbliznowaceniu chrząstki w następstwie jaglicy.

Technicznie przeprowadza autor rzecz w ten sposób, iż naprzód probierczo nastrzykuje tkankę sposobem Schleich'a, a dopiero później wstrzykuje waselinę w ilości, odpowiadającej celowi.

Zdaje się jednak, iż waselina nie zawsze tym celom odpowiada, gdyż Topolański ogląda się za innym surogatem, a mianowicie, za mięszanką z parafiny, waseliny, *cetaceum* itd., ale doświadczeń swych nie komunikuje. — (»W. Med. Wochenschrift.« Nr. 42. 1902). —

Mycie rąk celem odkażania, oczywiście tak samo dla okulistów, jak i dla chirurgów równie ważne, zawsze jeszcze jest przedmiotem doświadczeń.

Z polecenia Fürbringer'a przeprowadzili Drowie Danielsohn i Hess w pracowni cały szereg badań, które wykazały wyższość następującego postępowania nad wielu innemi: Wycieranie rąk zapomocą gazy sterylizowanej, maczanej w 80% alkoholu przez trzy minuty, a następnie przez dwie minuty szczotkowanie 3% roztworem sublaminu (saletrzan rtęci, Quecksilbernitrat Aethylendiamin).— (»Deutsche Med. Wochenschrift«. Nr. 37. 1902).

Surowica jekwirytolowa Merck'a posiada wielki wpływ leczniczy przeciw objawom zapalnym, wywołanym abryną czyli jekwirytolem. — Zapuszczona do oka, podrażnionego abryną, może ona wpływ tego środka złagodzić lub nawet znieść. — (»Roemer, Arch.« Graefe'go. 1901., p. 52. 2). *W.*

VI. ROZMAITOŚCI.

Jeszcze ruchome oddziały okulistyczne.

Dr. Józef Talko, występujący konsekwentnie przeciw zaprowadzonym w Królestwie Polskiem i Rosyi ruchomym oddziałom okulistycznym, kruszy znowu kopię w »Krytyce Lekarskiej« (Nr 10) przeciw tej, i zdaniem naszem, nieuzasadnionej i wadliwej instytucyi, a za urządzeniem oddziałów stałych przy szpitalach gubernialnych. Wypowiedzieliśmy czasu swego nasze na rzecz tę zapatrywanie, a, i dziś przy niem trwając, dodajemy. że takie doraźne leczenie przez oddziały ruchome nie tylko, że nie przynosi chorym wielkiej korzyści, ale, co przedewszystkiem jest ubolewania godnem, nie daje zaangażowanym młodym lekarzom możności krytycznego obserwowania przebiegu i wyników leczenia i może u mniej sumiennych kierunek etyczno-lekarski na zawsze spaczyć. Przyzwyczaja ich bowiem do pobieżnego traktowania tego, co stanowi najdroższy skarb fizyczny ludzi ich pieczy powierzonych.

Zresztą pod zaborem rosyjskim oddziały ruchome okulistyczne, tak, jak one obecnie są zorganizowane, nie są bez niebezpieczeństwa pod względem narodowościowym dla nas.

Z drugiej jednak strony zniewoleni jesteśmy wyznać, że lepszy rydz niż nic, lepsze oddziały ruchome od żadnych, a może i w organizacyi tych ruchomych oddziałów, jako chwilowem *malum necessarium*, dałoby się niejedno zmienić. Ale wobec wzmagającego

się materyału trzeba stałej pomocy, trzeba ciągłej opieki, a już małą ilością łóżek wiele zdziałać można.

Ścisła statystyka ilości chorych, leczonych przez oddziały ruchome, ma, jak to słusznie zauważa w tejże »Krytyce« (Nr. 11) Dr. Marczewski, tę dodatnią stronę, iż wykazuje potrzebę urządzenia oddziałów stałych wobec niespodziewanie wielkiej ilości chorób ocznych — ale też to jedyny jej dodatni skutek, nie może zaś ona być podstawą do wysnuwania jakichś naukowych wniosków, bo do tego zbyt krótki czas obserwacyi, zbyt różnorodni spostrzegacze. — *Wicherkiewicz.*

Retinitis pigmentosa u głuchoniemych jest, według M. E. Hulder'a (»Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde«. 10), względnie dość częstym objawem. Na 383 głuchoniemych spotkał się autor 11 razy z typową *ret. pigmentosa*. Dla wytłómaczenia tego objawu ucieka się autor do hypotezy choroby nerwowych ośrodków, których objawy, jako to: *retinitis pigm.*, ślepota i niedowidzenie przyrodzone, głuchoniemota i idyotyzm, napotyka się u członków tej samej rodziny. — (Według ref. »Wochenschrift f. Ther. u. Hyg. des Auges«. Nr. 51. 1902). *W.*

VII. SPRAWY OSOBOWE.

Dr. Kreutz, b. asystent kliniki okulistycznej we Lwowie, mianowany sekundaryuszem szpitala krajowego w Stanisławowie.

Dr. Alfred Działowski, były woluntaryusz kliniki okulistycznej krakowskiej, osiedlił się jako okulista w Toruniu.

Dr. Hlasko objął kierownictwo wileńskiego zakładu oftalmicznego hr. Tyzenhauzów po ustąpieniu jego zasłużonego dotychczasowego kierownika rzecz. radcy stanu Dra Cywińskiego.

Dr. A. Bednarski, były asystent kliniki okulistycznej krakowskiej i lwowskiej, habilitował się dla okulistyki przy uniwersytecie we Lwowie.

Omyłki drukarskie.

Na str. 458 9ty wiersz od dołu czyt. 1898 zam. 1899.